

Technická univerzita v Liberci  
Hospodářská fakulta

Studijní program: N 6202 – Hospodářská politika a správa  
Studijní obor: Pojišťovnictví

**Ekonomické aspekty uvažovaného přechodu zdravotních pojišťoven na  
akciové společnosti**

Economic aspects of transformation of health insurance companies into joint stock  
companies

DP – PO – KPO – 2009 24

**MARTIN VESELÝ**

Vedoucí práce: Ing. Žaneta Boučková, Ph.D., katedra pojišťovnictví  
Konzultant: Ing. Karel Čech, Zaměstnanecká pojišťovna ministerstva vnitra

Počet stran: 92

Počet příloh: 0

Datum odevzdání: 22. května 2009

## **Prohlášení**

Byl jsem seznámen s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

V Liberci, 22. 5. 2009

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěl poděkovat Ing. Žanetě Boučkové, Ph.D. za její čas, obětavost a cenné rady, které mi v průběhu psaní této práce poskytla.

Dále bych rád poděkoval konzultantovi Ing. Zdeňku Ramajzlovi za jeho cenné rady.

V neposlední řadě děkuji své rodině za materiální a zejména morální podporu, která nemalou měrou přispěla ke vzniku této práce.

## **Anotace**

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku zdravotního pojištění a financování zdravotnického systému v České republice na základě porovnání s vybranými světovými zdravotnickými systémy.

Práce obsahuje charakteristiku zdravotnických systémů Velké Británie, USA a Spolkové republiky Německo. Dále se zabývá analýzou financování zdravotnického systému České republiky a postavením zdravotních pojišťoven v tomto systému.

Na základě porovnání všech analyzovaných systémů upozorňuje na jejich hlavní nedostatky a navrhuje možné postupy při řešení těchto problémů v rámci České republiky.

Poslední část práce je zaměřena na porovnání funkce a postavení zdravotních pojišťoven v analyzovaných systémech se zaměřením na zhodnocení role zdravotních pojišťoven v systému České republiky.

## **Klíčová slova**

Zdravotnický systém, zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovna, poskytovatel zdravotní péče, zdraví a zdravotní péče.

## **Annotation**

This graduation thesis is focused on the question of health insurance and financing of health care system in the Czech Republic on the basis of comparison with specific health care systems throughout the world.

The graduation thesis contains comparison of the health care systems of Great Britain, USA and Federal Republic of Germany. Then it deals with analysis of financing of the health care system in the Czech Republic and situation of health insurance companies within this system.

Based on comparison of analysed health care systems, next part is focused on their main drawbacks and suggests possible future approaches in solving of these imperfections in the conditions of Czech Republic.

Last part compares the position of health insurance companies in the Czech Republic with other analysed systems with a view to evaluate their role played in the health insurance system of the Czech Republic.

## **Key words**

Health care system, health insurance, health insurance company, provider of health care, health and healthcare.

# Obsah

<b>Seznam použitých zkratk a symbolů.....</b>	<b>9</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>11</b>
<b>Seznam obrázků.....</b>	<b>12</b>
<b>Úvod .....</b>	<b>13</b>
<b>1 Teoretická východiska zdravotnických systémů .....</b>	<b>15</b>
1.1 Základní teoretické dělení zdravotnických systémů.....	15
1.2 Systémy veřejného a soukromého zdravotního pojištění .....	18
<b>2 Analýza zdravotnických systémů USA, SRN a Velké Británie .....</b>	<b>22</b>
2.1 Historické vlivy působící na vývoj zdravotnických systémů .....	22
2.2 Tržní systém zdravotního pojištění – USA.....	24
2.2.1 Historický vývoj .....	24
2.2.2 Subjekty působící ve zdravotnickém systému USA .....	26
2.2.3 Financování systému .....	28
2.2.4 Fungování systému jako celku .....	31
2.3 Systém zákonného pojištění s garantovaným plněním v SRN .....	32
2.3.1 Historický vývoj .....	32
2.3.2 Subjekty působící ve zdravotnickém systému SRN .....	35
2.3.3 Financování systému .....	36
2.3.4 Fungování systému jako celku .....	40
2.4 Systém Národní zdravotní služby ve Velké Británii. ....	42
2.4.1 Historický vývoj .....	42
2.4.2 Subjekty působící ve zdravotnickém systému Velké Británie.....	44
2.4.3 Financování systému .....	46
2.4.4 Fungování systému jako celku .....	48

2.5 Hlavní problémy popisovaných systémů.....	49
<b>3 Koncepce zdravotnického systému v České Republice .....</b>	<b>53</b>
3.1 Historický vývoj .....	53
3.2 Subjekty působící ve zdravotnickém systému České republiky.....	60
3.3 Financování systému .....	62
3.4 Fungování systému jako celku, analýza nedostatků.....	68
3.5 Možné cesty budoucího vývoje .....	73
<b>4 Postavení zdravotních pojišťoven v ČR ve srovnání s ostatními porovnávanými systémy.....</b>	<b>77</b>
4.1 Zdravotní pojišťovny v České republice .....	77
4.2 Srovnání postavení zdravotních pojišťoven v ČR a ostatních popisovaných systémech .....	79
<b>Závěr .....</b>	<b>86</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>90</b>

## Seznam použitých zkratek a symbolů

%	procento
aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČNZP	Česká národní zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosticky spřízněné skupiny diagnóz)
EU	Evropská unie
HDP	hrubý domácí produkt
HZP	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
Kč	korun českých
mil.	milion
mld.	miliarda
např.	například
NHS	Národní zdravotní služba ve Velké Británii
obyv.	obyvatel
OECD	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
RBP	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
resp.	respektive
s.	strana
Sb.	sbírky
tis.	tisíc
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
USD	americký dolar
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna



VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZPM – A	Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance
ZPMV	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

## Seznam tabulek

Tabulka 1 - Rozdělení zdravotnických systémů.....	17
Tabulka 2 - Rozdělení zdravotnických systémů dle způsobu financování a typu vlastnictví .....	18
Tabulka 3 - Srovnání veřejného a soukromého systému zdravotního pojištění.....	20
Tabulka 4 - Zdroje financování v americkém systému zdravotní péče, 1960 - 2000.....	25
Tabulka 5 - Vývoj podílu výdajů na zdravotnictví na HDP v USA, 1970 - 2004.....	29
Tabulka 6 - Poměr výdajů na zdravotní péči v SRN 1992 - 2004.....	36
Tabulka 7 - Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP Velké Británie; 1970 – 2005; v % HDP .....	46
Tabulka 8 - Vývoj nákladů na léky a spotřeby léků v ČR, 1990 - 2005 .....	58
Tabulka 9 - Výdaje na zdravotnictví v ČR, 1995 - 2006.....	66
Tabulka 10 - Úhradové mechanismy a jejich vliv na poskytovatele zdravotní péče .....	68

## Seznam obrázků

Obrázek 1 - Míra solidarity a konkurence v závislosti na systému .....	20
Obrázek 2 - Události ovlivňující vývoj zdravotnických systémů v 19. a 20. Století .....	22
Obrázek 3 - Vývoj výdajů na zdravotnictví v poměru k ekonomické úrovni v letech 1970 - 2004 .....	23
Obrázek 4 -Schéma subjektů působících v systému zdravotnictví USA.....	27
Obrázek 5 - Podíl různých zdrojů financování na celkových výdajích v USA, 2004.....	29
Obrázek 6 - Schéma systému zdravotnictví v SRN.....	35
Obrázek 7 - Zdroje financování zdravotnictví v SRN - 2007 .....	37
Obrázek 8 - Scéma systému zdravotnictví Velké Británie .....	44
Obrázek 9 - Standardizovaná úmrtnost v ČR 1950 - 2007.....	53
Obrázek 10 - Vývoj počtu lůžek na 10 000 obyvatel, 1995 - 2007 .....	56
Obrázek 11 - Průměrná ošetrovací doba v nemocnicích 1996 - 2007 .....	57
Obrázek 12 - Subjekty působící v systému zdravotní péče v ČR.....	60
Obrázek 13 - Průměrné náklady zdravotních pojišťoven dle věkových skupin v roce 2005 .....	63
Obrázek 14 - Vývoj podílu výdajů na zdravotnictví v ČR k HDP, 1990 - 2006, v % .....	65
Obrázek 15 - Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví v milionech Kč, 1995 - 2006.....	66
Obrázek 16 - Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR, 2006.....	67
Obrázek 17 Zájmy a vztahy hlavních aktérů českého zdravotnictví.....	70

# Úvod

Návrh reformy veřejných financí patří v poslední době k velmi diskutovaným tématům jak v odborných kruzích, tak mezi širokou veřejností. Jednou z oblastí, ve které mělo dojít k významným změnám, je oblast zdravotní politiky. Původním záměrem této diplomové práce bylo zhodnotit ekonomické dopady této reformy se zaměřením na privatizaci zdravotních pojišťoven v České republice. Vzhledem k aktuálnímu vývoji na politické scéně v průběhu vzniku této práce se však objevily značné komplikace v implementování základních pilířů reformy do české právní normy. V současné době je již téměř jisté, že stejně jako mnoho předešlých pokusů o reformování českého zdravotnického systému, zůstane i tato koncepce pouze ve fázi návrhu a zdravotní pojišťovny si ponechají i nadále svou stávající právní formu.

Na základě tohoto vývoje se i hlavní záměr této práce přesunul od hodnocení dopadů nikdy neuskutečněné reformy k analýze současného zdravotnického systému a jeho financování v České republice se zaměřením na postavení zdravotních pojišťoven s cílem zhodnotit nedostatky a nastínit jejich možná řešení. Navrhované změny vychází především z analýzy zdravotnických systémů vybraných zemí, která je taktéž součástí této práce.

Práce je rozdělena do čtyř základních kapitol:

První kapitola se zabývá teoretickými východisky zdravotnických systémů a jejich základním rozdělením se zaměřením na možnosti financování zdravotní péče.

Druhá kapitola je věnována analýze zdravotnických systémů v SRN, USA a Velké Británii zvolených na základě teoretických východisek uvedených v první části. Součástí této kapitoly je také zhodnocení hlavních nedostatků těchto systémů a analýza jejich příčin.

Analýza současného zdravotnického systému v České republice se zaměřením na jeho financování tvoří třetí část této práce. Hlavní pozornost je věnována nedostatkům stávajícího systému a jejich hlavním příčinám. Na základě závěrů druhé kapitoly navrhuje několik opatření, jak lze těmto nedostatkům předcházet a jaká jsou možná východiska systému do budoucna.

Poslední, čtvrtá kapitola je orientována na zhodnocení současného postavení zdravotních pojišťoven ve zdravotnickém systému České republiky a jeho porovnání s postavením zdravotních pojišťoven v ostatních analyzovaných systémech. Poukazuje na hlavní nedostatky a paradoxy vyplývající ze současné role zdravotních pojišťoven a obsahuje několik návrhů na možné zlepšení stávající situace.

Cílem této diplomové práce je zhodnocení financování českého zdravotnického systému a úlohy zdravotních pojišťoven s ohledem na fungování obdobných systémů v zahraničí a navržení možných změn za účelem jejich zefektivnění a optimalizace.

# **1 Teoretická východiska zdravotnických systémů**

## **1.1 Základní teoretické dělení zdravotnických systémů**

Culyer, Maynard a Williams specifikovali dva ideální modely zdravotnických systémů, které nazvaly systémem X a Y. Za základní princip modelu X je považována tzv. zákaznická suverenita na decentralizovaném trhu, na němž je přístup ke zdravotní péči přímo závislý na ochotě a schopnosti platit. Zákaznické suverenity je dosahováno skrze soukromé pojištění, model dovoluje dostupnost pojištěné služby částečně zdarma v době potřeby, dovoluje soukromé vlastnictví prostředků poskytujících zdravotní péči a rovněž odměnu nabízejícím zdravotní péči podle tržních kritérií. Druhý model Y má naopak jako svůj základní princip zlepšení zdraví populace jako celku, dovoluje selektivní přístup k péči dle její faktické schopnosti zlepšit zdravotní stav a funguje na základě systému financování z veřejných prostředků. Dovoluje veřejné vlastnictví prostředků poskytujících zdravotní péči, řízenou alokaci zdrojů a rovněž umožňuje existenci monopsonu na trhu zdravotní péče jakožto tvůrce ceny služeb resp. výše odměny pro nabízející zdravotní péči. K tomuto rozdělení zdravotnických modelů doplňuje Donabedian, že přístup ke zdravotnictví je v modelu X chápán podobně jako přístup k ostatním prospěšným věcem ve společnosti jako je jídlo a podobně, tedy že je součástí společenského systému ocenění, kdežto v modelu Y je chápán jako občanské, resp. sociální právo. [2], [5]

Tyto modely v jejich čisté podobě nikde v praxi nenalezneme, ale pro mou práci je považuji za podstatné, neboť ukazují, že model X neumožňuje zabezpečení adekvátní zdravotní péče pro celou populaci, protože relativní chudoba je neodstranitelný společenský jev, a model Y klade největší důraz na veřejný zájem jakožto cestu k dosahování kvality. Systém X tedy můžeme na základě jeho přístupu ke zdravotní péči označit za liberální, systém Y pak jakožto egalitární.

Pokud se podíváme na oba tyto typy z hlediska jejich praktického využití, jako základní problém se jeví postavení lékařů jakožto agentů zdravotní péče. Lékař funguje jakožto příjemce informací od klienta, které mají lékaři umožnit rozhodnutí, které má následně pacient, jakožto lékařův klient realizovat formou léčby. Pokud však lékař není „ideálním agentem“ a sleduje i jiné zájmy než je prospěch pacienta, má v systému X tendenci nabízet ze své pozice více, a v systému Y naopak méně, než odpovídá reálným potřebám pacienta.

Na základě výše uvedených faktů lze tvrdit, že soukromý systém (model X), který pobízí k dosahování efektivnosti na mikroúrovni, se potýká právě s problémem efektivnosti na makroúrovni, neboť nedokáže kontrolovat a regulovat objem nabízené péče. A naopak, čistě veřejný systém (model Y), díky rozpočtovému omezení nemá problém s kontrolou na makroúrovni, ale má vážné problémy na mikroúrovni. Tento fakt je možné sledovat i v národních výdajích na veřejné zdraví, jak částečně vyplývá i z následující komparace.

V praxi se poté obvykle setkáváme s různými kombinacemi těchto systémů, kde se jako pro praktické využití nejvhodnější cesta jeví paralelní existence obou systémů vedle sebe, z nichž jeden hraje dominantní a druhý podpůrnou roli. Komerční systém, ve kterém obecně platí, že pokud pacient nemá prostředky na úhradu zdravotní péče, nemá nárok ani na péči samotnou, bývá zmírňován existencí menšího, podpůrného systému veřejného, který je sice kvalitativně horší, ale zajišťuje alespoň základní péči pro nízkopříjmové skupiny. Veřejný systém, ve kterém by naopak nikdo neměl mít nárok na jinou, než standardní péči, umožňuje obvykle existenci menšího privátního sektoru, díky němuž mohou vysokopříjmové skupiny obyvatelstva dosáhnout na péči, kterou preferují. [2]

Pokud se chceme, na základní pojetí a rozdělení zdravotnických systémů, podívat z poněkud praktičtějšího hlediska, aplikovatelného například také na podmínky České republiky, hodí se použít rozdělení uvedené v následující tabulce. [9]

**Tabulka 1 - Rozdělení zdravotnických systémů**

	<b>Liberální pojetí</b>	<b>Egalitární pojetí</b>	<b>Utilitární pojetí</b>
<b>Založeno na</b>	Svobodě a odpovědnosti jednotlivce	Odpovědnostech skupiny a povinnostech jednotlivce	Prospěchu pro společnost
<b>Typická země</b>	USA, Jižní Korea	Velká Británie, Švédsko, Španělsko, Kanada	Spolková republika Německo, Nizozemí
<b>Zdravotní péče</b>	Je zbožím a má tržní cenu	Je veřejně distribuovanou občanskou službou a základním občanským právem	Je sociálním užitekem, prospěchem
<b>Je východiskem</b>	Tržního zdravotnictví	Státního zdravotnictví (národní zdravotní služby)	Veřejného zdravotního pojištění
<b>Dostává se jedinci</b>	Jako odměna, podle zásluh	Jako výsledek regulovaného vztahu mezi poskytovateli, plátcí a pacienty	
	Podle principu ekvivalence	Podle principu solidarity	V kombinaci solidarity a ekvivalence
	Ve svobodné směně na trhu poskytovatelů a klientů	Podle zdravotní potřeby, bez ohledu na sociální postavení, všem stejně podle zásad rovnosti péče optimalistická až maximalistická, omezené zdroje však prodlevy při realizaci způsobují časové prodlevy při realizaci péče	Limitovaně, v zájmu společnosti, s ohledem na maximální přínos pro společnost v dlouhodobé perspektivě, jedinci se může dostat i méně než optimální péče; rozdělení zdravotní péče na základní a nadstandardní

*Zdroj: KŘÍŽOVÁ, E. Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky, Praha: studie Hlávkova nadání, 1998, doplněno, aktualizováno*

Pokud se chceme zaměřit na efektivnost a její dosahování v rámci zdravotnických systémů, je nutné uvést ještě jedno rozdělení, a to na základě vztahu mezi financováním a vlastnictvím zdravotnických zařízení. V tomto rozdělení rozlišujeme tři typy, jak je uvedeno v následující tabulce.



**Tabulka 2 - Rozdělení zdravotnických systémů dle způsobu financování a typu vlastnictví**

Označení systému	Financování	Vlastnictví zdravotnických zařízení	Odpovídá systému
<b>V - V</b>	Veřejné – daně	Veřejná	Národní zdravotní služby
<b>V - S</b>	Veřejné – pojištění	Soukromá, příp. pluralitní struktura	Veřejného zdravotního pojištění
<b>S - S</b>	Soukromé – pojištění	Soukromá	Tržního zdravotnictví

*Zdroj: vlastní zpracování*

V prvním z uvedených modelů, V–V, je zdravotní péče chápána jakožto veřejný statek a její úroveň, efektivnost a míra distribuce obyvatelstvu závisí na míře regulace ze strany státu. Model V-S spočívá v autonomii zdravotnických zařízení a jejich kontrole a financování zprostředkovaně přes veřejné peníze. Na základě politického rozhodnutí a ekonomické úrovně je dána určitá suma veřejných prostředků, které souběžně s vymezením nároků na zdravotní péči určují možnosti zdravotnických zařízení. Třetí model, S-S, spočívá ve vzájemné kooperaci soukromých zdravotnických zařízení a soukromých zdravotních pojišťoven, na základě jejichž interakce je na trhu stanovována cena a vymezen objem zdravotní péče. Pouze pro doplnění existují i zdravotnické systémy, které nejsou řízeny koncepčně z důvodu nedostatku politické vůle či prostředků, jedná se například o některé rozvojové země a další specifická území. V systémech typu V-S a S-S bývá nejčastěji využíváno institutu zdravotního pojištění a to buďto na veřejné, či soukromé bázi. [13]

## **1.2 Systémy veřejného a soukromého zdravotního pojištění**

Veřejné zdravotní pojištění funguje na principu takzvané společenské solidarity a sdílení rizika mezi všemi občany. Vychází z faktu, že poptávka po zdraví, resp. zdravotní péči, je společná všem racionálně uvažujícím jedincům ve společnosti a je dána vědeckým poznáním. Celý systém funguje na bázi celospolečenské smlouvy, která je legitimizována zákonem, na jejímž základě pojištěnci odvádějí finanční prostředky do fondů všeobecného zdravotního pojištění, které typicky bývají odděleny od státního rozpočtu. Z těchto fondů je následně pokryto zdravotní riziko celé populace a na jejich výši závisí i úroveň a dostupnost zdravotnických služeb. V současné době bývá preferováno vynakládání

prostředků z veřejného zdravotního pojištění za využití operátorů, tedy zdravotních pojišťoven. Pojistné je stanoveno procentní sazbou, tedy úzce souvisí s výší příjmu a tedy i s ekonomickou úrovní celé populace. Nakládání s prostředky a jejich alokaci v systému zajišťují veřejné zdravotní pojišťovny. Principy veřejného zdravotního pojištění jsou analyzovány v teoretických modelech mnoha autorů a jsou zmiňovány i v dokumentech mnoha mezinárodních institucí jakožto cesta k efektivnímu financování zdravotní péče.

Soukromé zdravotní pojištění, na rozdíl od veřejného, nevyužívá principu tzv. celospolečenské solidarity, ale funguje na základě opačných principů. Jedinec má právo na čerpání ze systému pouze v případě, kdy si uzavře adekvátní pojistku, v rámci které je zahrnuto plnění za zákroky vyžadované jeho zdravotním stavem. Celý koncept soukromého zdravotního pojištění využívá prostředků motivujících pojištěného k ekonomicky racionálnímu přístupu ke spotřebě zdravotní péče. K realizování solidarity poté dochází pouze v rámci jednotlivých institucí, zabývajících se výběrem a alokací finančních prostředků, tj. soukromých zdravotních pojišťoven, a to mezi pojištěnci se stejnou či podobnou pojistnou smlouvou. Za účelem zajištění smluvně dohodnutých podmínek pojištění a vyvarování se ekonomické nestability pojišťovny, bylo vyvinuto mnoho složitých a sofistikovaných pojistných modelů, které zajišťují kvantifikaci zdravotních rizik každého konkrétního klienta. Za poskytnuté pojistné má klient nárok na předem přesně vymezené plnění. Další srovnání veřejného a soukromého pojištění lze vidět i v následující tabulce. [9]

**Tabulka 3 - Srovnání veřejného a soukromého systému zdravotního pojištění**

<b>Veřejné pojištění</b>	<b>Soukromé pojištění</b>
Pojistné je stanoveno jako procento z pracovního příjmu pojištěnce, jednotně pro všechny pojištěnce určitého fondu	Pojistné je stanoveno na základě rizika klienta (zdravotní stav, pohlaví, bonita) a plnění sjednaného ve smlouvě
Výše pojistného má těsnou vazbu na národohospodářské veličiny, například na vývoj mezd	Výše pojistného souvisí s riziky populace, ochotou a možnostmi klientů se pojišťovat
Hradí péči, která je vymezena v zákoně – pro všechny klienty zákonného pojištění jednotně	Hradí péči, která je dohodnuta ve smlouvě – individuálně pro každého klienta nebo jejich skupinu
Pojištění je povinné pro všechny osoby vymezené v zákoně	Existence pojištění je výsledkem dobrovolné interakce obou smluvních stran, neexistuje povinnost pojistit ani být pojištěn
Spoluúčast je stanovena na základě sociálně-ekonomických kritérií	Spoluúčast je stanovena na základě pojistné smlouvy

*Zdroj: vlastní zpracování*

Různé typy financování zdravotní péče ovlivňují také míru solidarity a konkurence v systému, jak ukazuje následující obrázek. [11]



**Obrázek 1 - Míra solidarity a konkurence v závislosti na systému**

*Zdroj: SALTMAN, R. B., FIGUERAS, J. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Buckingham: Open University Press, 1998*

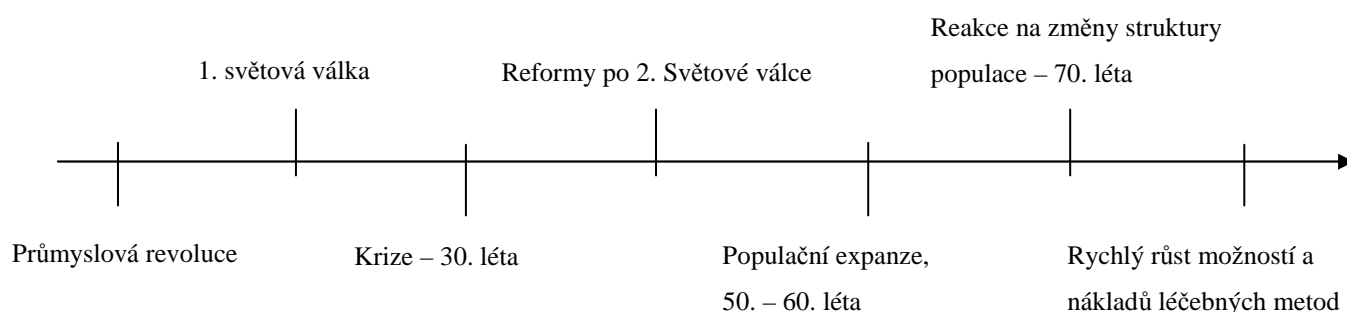
V praxi jsou však jednotlivé systémy odlišné od teoretických modelů a prakticky ve všech zemích nacházíme ve skutečnosti různě nastavené mixy obou systémů. Pro dostatečné pochopení principů, na kterých systémy fungují, je nutné vzít v potaz jejich historický vývoj. Při následné analýze všech tří systémů uvidíme velmi úzkou návaznost zdravotnických systémů na politické a společenské podmínky v dané zemi a jejich

postupný vývoj. V následující kapitole se pokusím ukázat několik hlavních milníků, které ovlivňovali vývoj ve všech uváděných systémech.

## 2 Analýza zdravotnických systémů USA, SRN a Velké Británie

### 2.1 Historické vlivy působící na vývoj zdravotnických systémů

Ve všech popisovaných systémech najdeme určité společné body jejich vývoje, v návaznosti na medicínský a společenský vývoj společnosti. Každý ze systémů využíval své specifické nástroje, ale lze pozorovat i určité podobnosti, podle toho jak se jeden systém nechával inspirovat od druhého. Na následujícím obrázku vidíme klíčové události ovlivňující vývoj všech tří popisovaných zdravotnických systémů uspořádané do časové osy.



**Obrázek 2 - Události ovlivňující vývoj zdravotnických systémů v 19. a 20. Století**

*Zdroj: vlastní zpracování*

V průběhu 19. století docházelo k podstatné industrializaci ekonomiky a nárůstu počtu obyvatel jak v USA, tak i v Evropě. To společně s koncentrací obyvatel ve městech a sociálními konflikty poskytlo impulsy k řešení otázky zdravotní péče pro obyvatelstvo. Rozpad feudálních systémů a buržoazní revoluce ve většině zemí pak vedly ke změnám stávajících systémů péče o chudé, do té doby zajišťovaných zejména církví a charitou. Podstatným impulsem byly také ekonomický pokrok a rozvoj vojenství v tomto období.

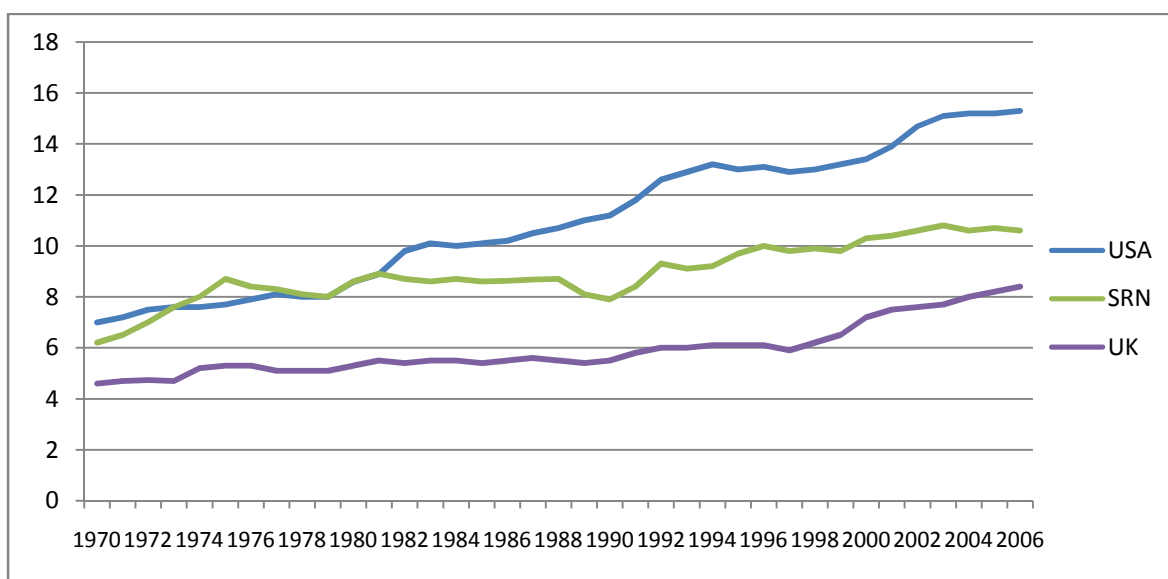
Během první světové války došlo k rychlému rozvoji vojenské medicíny, zejména chirurgie, traumatologie a epidemiologie, což se následně projevilo i po skončení války formou pokroků v léčení chronických invalidizačních nemocí (TBC, diabetes) i dalších infekčních chorob (objev penicilinu).

Dalším podstatným okamžikem je krize let třicátých, při které se projevila obecná vlastnost zdravotnických systémů, kdy při poklesu ekonomické aktivity a úrovně dochází k rychlému úbytku prostředků na zdravotní péči. Systém dokáže nejprve reagovat a mírně snížit nároky na péči, avšak velmi brzy naráží na dno, kdy se projevuje existence poměrně široké skupiny výkonů, od kterých nelze abstrahovat a jejichž existence je objektivně nezbytná pro fungování celé společnosti. Je proto logické, že období ekonomických krizí přináší návrhy na mobilizaci zdrojů do zdravotnictví, které nedokáže omezit velkou většinu svých aktivit, na rozdíl od ostatních ekonomických sektorů.

Po druhé světové válce obecně dochází k reformám znamenajícím lepší dostupnost zdravotní péče pro širokou skupinu obyvatelstva. Státy se více ujímají své role ve zdravotní politice a ta se stává nedílnou součástí volebních kampaní a programů politických stran. Mnoho medicínských poznatků nabytých v průběhu 2. světové války je zaváděno do běžné praxe a nemalý vliv má i ekonomická konjunktura po jejím skončení.

V šedesátých letech pak zdravotní péče dále nabývá na významu. Formují se velké farmaceutické koncerny, lékařské svazy a komory. Zdravotnictví se stává rychle rostoucím sektorem ekonomiky, který přitahuje pozornost jak jednotlivých aktérů, tak i ekonomů.

Vývoj výdajů na zdravotnictví v poměru k ekonomické úrovni analyzovaných zemí v posledních letech můžeme pozorovat na následujícím grafu.



**Obrázek 3 - Vývoj výdajů na zdravotnictví v poměru k ekonomické úrovni v letech 1970 - 2004**

*Zdroj dat: OECD Health Data 2006, October edition. Paris: OECD, 2006*

Poměrně výrazný růst výdajů na zdravotnictví v poměru k HDP u pozorovaných zemí je dán zejména technologickým pokrokem, se kterým úzce souvisí větší dostupnost a zároveň i nákladnost poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž spotřeba se dále zvyšuje díky rostoucí době dožití obyvatelstva. V grafu lze identifikovat i různé dílčí vlivy působící na jednotlivé systémy jako například institucionální reformy britského systému, které v osmdesátých letech přibrzdily růst nebo naopak růst výdajů po roce 2000 v souvislosti se zvyšováním možnosti volby pro pacienty. Tyto i jiné faktory budou dále analyzovány v následujících kapitolách týkajících se přímo konkrétních systémů.

## **2.2 Tržní systém zdravotního pojištění – USA**

### ***2.2.1 Historický vývoj***

Stejně jako většina institucí a hodnot ve Spojených státech, i systém zdravotní péče je založen na principech liberalismu a sociálního darwinismu. V praxi to poté působilo tak, že koncepční systém jako takový se začal formovat, na rozdíl od zemí starého kontinentu, až v návaznosti na hospodářskou krizi let třicátých. Do té doby byla zdravotní péče provozována obvykle na bázi kontraktu mezi lékařem a pacientem. První náznaky řešení situace ve zdravotnictví přišly z nutnosti zabezpečit zdravotní péči vojákům a námořníkům, kdy v souvislosti s první světovou válkou začínají vznikat federální nemocnice s přístupem zejména pro tyto skupiny.

Některé principy celonárodní zdravotní politiky byly uvedeny ve třicátých letech v rámci programu „New Deal“ F. D. Roosevelta, chyběly však nástroje na jejich realizaci. V této době vstupuje na zdravotní trh velké množství soukromých pojišťoven, které realizovaly zdravotní pojištění na bázi individuálního, či skupinového rizika. Jako určitá forma rozšíření zdravotního pojištění na větší skupiny obyvatel byly programy Blue Cross a Blue Shield, které zajišťovaly krytí zdravotních rizik skupinám v řádu stovek lidí a fungovaly na bázi neziskových organizací. Tyto programy však byly realizovány selektivně a pouze na základě iniciativy jednotlivců, i přesto se však tento koncept ochrany před zdravotními riziky značně rozšířil a funguje v kombinaci s dalšími programy dodnes.

Dalším obdobím, kdy se zvedla poptávka po celostátním zdravotnickém konceptu, bylo období krátce po druhé světové válce. Prezident Truman několikrát (např. v letech 1946 a

1947) předložil Kongresu návrhy na zavedení všeobecného zdravotního pojištění. Americká lékařská asociace a farmaceutické firmy však z obav před přílišnou socializací medicíny provedly rozsáhlou kampaň proti takovému postupu a návrhy byly zamítnuty. Od té doby se různé podoby návrhů na všeobecné zdravotní pojištění objevují ve volebních kampaních snad každé vlády, avšak k jejich realizaci doposud nedošlo. V období mezi roky 1940 a 1960 však pozorujeme velký nárůst soukromého zdravotního pojištění.

Od počátku 60. let se stejně jako ve většině ostatních vyspělých zemí začínají projevovat značné problémy s přístupem ke zdravotní péči související s vědeckým pokrokem a zvyšováním její nabídky, avšak taktéž nákladností, což vede k tomu, že k ní má přístup stále omezenější skupina spíše majetnějších lidí. Jako reakce na tento vývoj bylo přijetí programů Medicare a Medicaid v roce 1965, které umožnilo přístup ke zdravotní péči vymezeným skupinám obyvatelstva. Dále pokračuje i rozvoj soukromého pojištění a obrací se poměr mezi přímými platbami a platbami financovanými ze zdravotního pojištění, jak můžeme pozorovat i v následující tabulce.

**Tabulka 4 - Zdroje financování v americkém systému zdravotní péče, 1960 - 2000**

	1960	1970	1980	1990	1995	2000
<b>1. Soukromé zdroje</b>	78,6	64,8	59,7	61	55,4	56,7
1.1 Přímé platby	55,2	29,7	27,1	22,5	16,9	17,2
1.2 Soukromé pojištění	21,4	22,3	28,3	33,4	33,4	34,6
1.3 Jiné	2	2,8	4,3	5	5,1	5
<b>2. Veřejné zdroje</b>	21,4	35,2	40,3	39	44,6	43,3
2.1 Federální fondy	8,7	22,9	29,3	28,6	34,1	32,8
2.1.1 Medicare	0	11,5	16,9	17,6	20,6	19,2
2.1.2 Medicaid	0	4,3	6,4	6,6	9,5	9,8
2.1.3 Jiné	8,7	7,1	6	4,4	4	3,8
2.2 Zdroje států Unie	12,6	12,3	11,1	10,5	10,5	10,5
2.2.1 Medicaid	0	3,7	5,1	4,8	6,2	6,9
2.2.2 Jiné	12,6	8,6	5,9	5,6	4,3	3,6

*Zdroj: DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. The US health system: an assessment and prospective direction for reform. Paris: OECD, 2004*

Od počátku devadesátých let se začínají rozvíjet systémy řízení péče, které se posunují od pouhého krytí rizika a úhrady nákladů zaplacených pojištěnci v souvislosti s léčbou k řízení nákladů a vyjednávání se zdravotnickými pojišťovnami o cenách. Dlouhodobě je



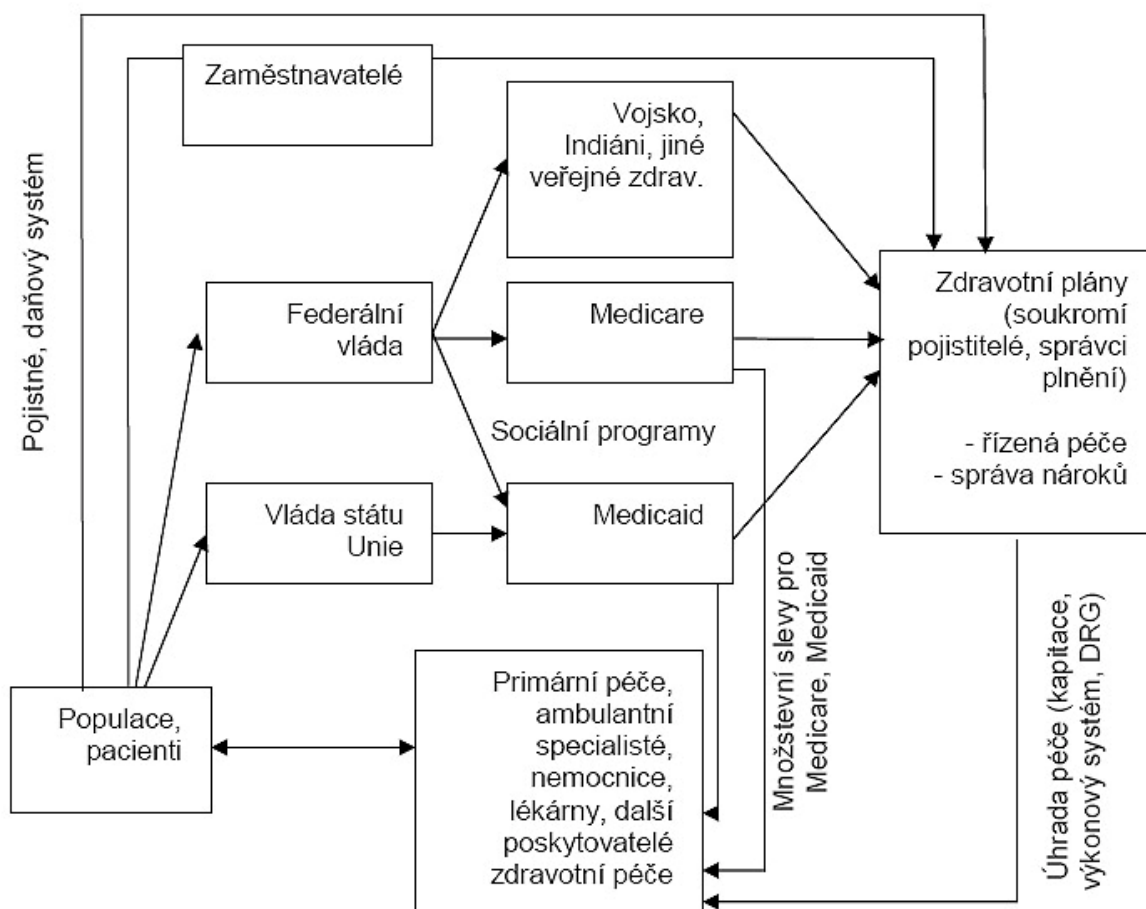
uplatňována snaha o kontrolu nákladů a zefektivnění poskytování zdravotní péče, zejména u chronických a civilizačních onemocnění. V roce 1997 byl představen program „Medicare + Choice“ zaměřený na zvýšení možnosti výběru účastníků Medicare, a State Children's Health Insurance Program (SCHIP), který zlepšuje situaci dětí účastnících se programu Medicaid.

V roce 2001 vypracovala americká administrativa dokument týkající se reformy systému Medicare, který shrnul některé problémy dosavadní praxe (úhrady lékařů, komplexní péče o pacienta, podpora prevence). Navrhovaná řešení spočívala zejména ve zlepšení praxe lékové politiky, rozšíření programu o aspekty preventivní péče, udržení dlouhodobé finanční stability a optimalizaci administrativních postupů. [23]

Na začátku roku 2007 byl představen návrh na daňové změny ve smyslu odpočtů výdajů na zdravotní pojištění pro všechny ekonomicky aktivní osoby (ne jen skrze daňové úlevy pro zaměstnavatele jako to bylo doposud). To by mělo rozšířit okruh osob, které si budou moci dovolit uzavřít soukromé pojištění individuálně. Zároveň je navrhována podpora pojistitelnosti chudých osob a osob s vysokým rizikem na úrovni jednotlivých států (Affordable Choice Plan). [16]

### ***2.2.2 Subjekty působící ve zdravotnickém systému USA***

Zdravotnický systém v USA je možné charakterizovat jako pluralitní. Existuje mnoho schémat přístupu různých subjektů ke specifickým druhům péče. Následující schéma je založeno na informacích ze zprávy Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj a lze brát pouze jakožto naznačení nejtypičtějších subjektů a jejich vzájemných vztahů.



**Obrázek 4 -Schéma subjektů působících v systému zdravotnictví USA**

*Zdroj: OECD Health Data 2006. Paris: OECD, 2006, přeloženo, upraveno*

Základním stavebním článkem amerického zdravotního systému jsou pacient a jeho lékař. Od toho se odvíjí logika celého systému i důvody existence ostatních subjektů, soukromých zdravotních pojišťoven, motivace zaměstnavatelů přispívat na zdravotní pojištění a konečně i pozice státu, který plní roli nákupčího zdravotní péče z veřejných zdrojů u soukromých subjektů pro jedince, kteří jsou uznáni potřebnými v rámci veřejného zájmu.

Přibližně jedna třetina lékařů tvoří primární péči, ostatní jsou specialisté. Nemocnice jsou většinou v soukromých rukách a provozovány v neziskovém režimu, který dává ostatním subjektům v systému signál, že jimi poskytnuté prostředky skončí skutečně ve zdravotnictví. Vedle toho existují i nemocnice ve veřejném, či komunitním vlastnictví, federální nemocnice a v neposlední řadě i soukromé ziskové nemocnice. Počet nemocnic se v dlouhodobém horizontu snižuje, za posledních 15 let klesl o 16 %, a to hlavně díky

vysokým nákladům na nemocniční péči, rozvoji ambulantní chirurgie a tendencím k integraci zdravotní péče.

Z geografického hlediska neexistuje žádný koncept sítě zdravotnických zařízení, ta jsou umístěna převážně v populačních centrech a celkově v místech, kde se jejich existence ekonomicky vyplácí. Veřejná zdravotnická zařízení jsou poté rozmístěna selektivně tam, kde není dostupná dostatečná péče ze strany soukromých zařízení.

Soukromé zdravotní pojišťovny fungují zpravidla v ziskovém režimu, s výjimkou plánů Blue Cross a Blue Shield, mohou také plnit úlohu administrativního správce programů Medicare a Medicaid.

Dalším velmi důležitým prvkem v systému jsou plány řízené péče („managed care“), reprezentovány HMO (Health Maintenance Organizations), které sdružují poskytovatele a plátce zdravotní péče, a PPO (Preferred Provider`s Organizations), které si smluvně zavazují určitá zdravotnická zařízení, která následně poskytují péči pacientům účastnícím se daného plánu. V praxi tedy řízené plány spočívají v omezení volby pacienta a jeho čerpání zdravotní péče v zařízení, které tuto péči smluvně zajišťuje v rámci jeho pojistného plánu. Studie ukazují, že tento systém vede k vyšší efektivnosti než tradiční přístupy založené pouze na úhradě nákladů a nijak neregulovaným pohybem pacienta. Dalším cílem těchto plánů je i omezení administrativních nákladů spojených s poskytováním zdravotní péče (4,5 % celkových výdajů v roce 1960 a 6,2% v roce 2000). [4]

### ***2.2.3 Financování systému***

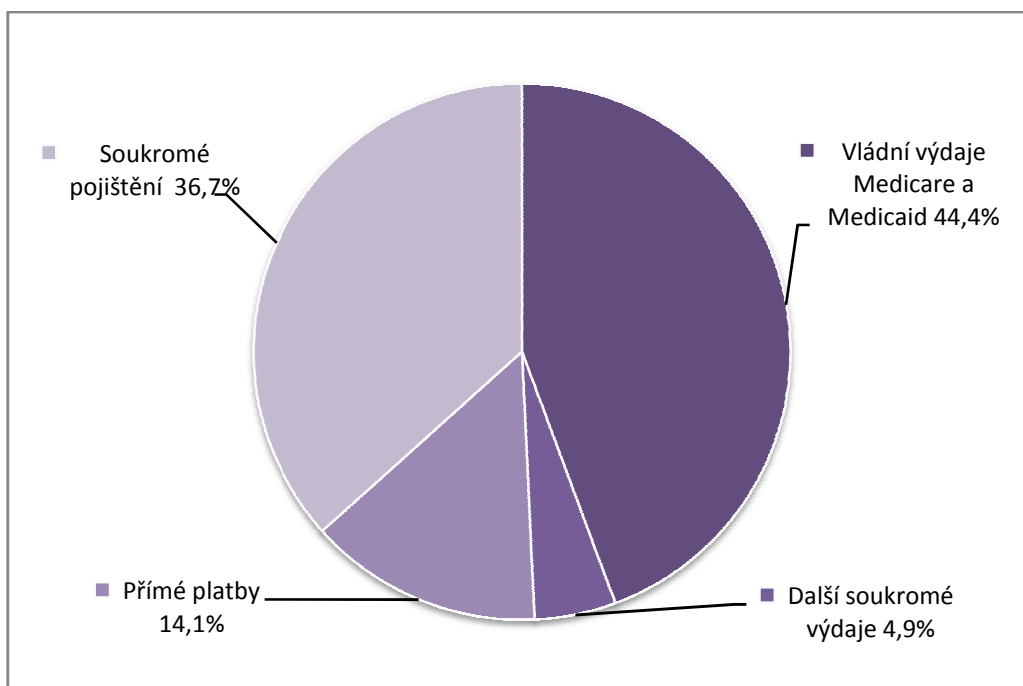
Jak již bylo řečeno v části popisující historický vývoj, od 70. let lze sledovat nárůst výdajů na zdravotní péči. V současné době je systém zdravotnictví v USA jedním z nejdražších na světě, kdy podíl výdajů na HDP překračuje 15%. Pouze veřejné výdaje se vyrovnají celkovým výdajům některých evropských zemí (přibližně 6% – 7%). Vývoj výdajů lze sledovat v následující tabulce.

**Tabulka 5 - Vývoj podílu výdajů na zdravotnictví na HDP v USA, 1970 - 2004**

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2004	2006
<b>Celkové výdaje</b>	6,9	7,8	8,7	10	11,9	13,3	13,1	14,6	15,2	15,3
<b>Veřejné výdaje</b>	2,5	3,2	3,6	4	4,7	6	5,8	6,6	6,8	7
<b>Soukromé výdaje</b>	4,4	4,6	5,1	6	7,2	7,3	7,3	8,1	8,4	8,3

*Zdroj dat: OECD Health Data 2006, October edition. Paris: OECD, 2006*

Podíl různých zdrojů financování lze sledovat na následujícím grafu.



**Obrázek 5 - Podíl různých zdrojů financování na celkových výdajích v USA, 2004**

*Zdroj dat: OECD Health Data 2006, October edition. Paris: OECD, 2006*

Jak již bylo zmíněno, účast v systému zdravotního pojištění je v USA nepovinná, a tudíž existuje nemalá část (15 % v roce 2006) obyvatel kteří jsou nepojištěni. Největší procento nepojištěných tvoří sociálně slabí žijící na hranici chudoby (66 % nepojištěných má příjmy menší dvojnásobku hranice chudoby Federal Poverty Level), 56 % obyvatel má uzavřené soukromé zdravotní pojištění, 26 % je pojištěno v rámci některých ze státních zdravotnických programů . [20]

V rámci soukromého zdravotního pojištění lze využít podpory zaměstnavatele, která opět není povinná, ale je, zejména u podniků nad 200 zaměstnanců, hojně využívána a podporována ze strany státu formou daňových úlev pro obě zúčastněné strany. Výše pojistného je utvářena na základě tzv. community-based premiums, což je jednotné pojistné pro celou skupinu zaměstnanců.

Pro další typy pojistek, uzavíraných zejména jednotlivci, existuje tzv. risk-based premiums, kde je výše pojistného určována přímo na základě specifických rizik každého jednotlivce, tedy ohodnocením jeho aktuálního a následně i budoucího zdravotního stavu. Tento systém tvorby pojistného se však potýká s velmi vysokými administrativními náklady a je využíván zejména těmi, kteří nemohou, či z nějakého důvodu nechtějí využívat pojištění v rámci svého zaměstnání.

Pro ostatní, zejména nízkopříjmové skupiny, existují již zmiňované státem podporované programy Medicare a Medicaid. Podmínkou pro účast v nich jsou obvykle celkový majetek a příjem, který nesmí překračovat určité limity (např. v roce 2008 byla horní hranice pro čtyřčlennou rodinu v programu Medicaid ve státě New York: měsíční příjem do 1 109 \$ a celkový majetek do 6 650 \$)<sup>1</sup>. Pro program Medicare, který je provozován na celostátní úrovni (přesná kritéria pro Medicaid jsou determinována na úrovni každého ze států unie), dále musí účastník splňovat ještě určitá další kritéria týkající se například věku, zdravotního stavu, atd. Účast v těchto programech pak bývá obvykle zdarma, avšak účastníci musí hradit ve většině případů nemalou spoluúcast a na některé výkony se úhrady nevztahují vůbec.

Osoby nefigurující v žádném z programů soukromého či veřejného zdravotního pojištění si zdravotní péči hradí sami, z vlastních zdrojů. Tato péče je však obvykle výrazně dražší oproti srovnatelné péči pro účastníky zmiňovaných programů, neboť cena není vyjednávána, ale stanovována jednostranně poskytovatelem zdravotní péče. Určitá část výdajů za nepojištěné, například v rámci ambulantních ošetření či akutních zákroků, může být hrazena ze státních programů, neexistuje však žádný jednotný systém.

---

<sup>1</sup> Zdroj: [online] <<http://www.medicare.gov>>, [cit. 12.4.2009]

#### **2.2.4 Fungování systému jako celku**

Americký systém zdravotní péče se potýká s vysokou nákladovostí zdravotní péče, což bylo po dlouhou dobu přičítáno zejména vysokým investicím do nových technologií. Na základě posledních studií<sup>2</sup> se však ukazuje, že nemalou měrou se na růstu výdajů podílejí i jiné faktory, zejména pak neefektivnost při poskytování zdravotní péče, existence veřejných programů a v neposlední řadě také náklady na právní služby a s tím spojené zajištění proti riziku zanedbání péče. "

Sociální solidarita se v systému uplatňuje pouze doplňkově, jako řešení již nastalých problémů. Je kladen důraz na individuální odpovědnost každého jedince a pacient vystupuje v roli „zákazníka“ na trhu zdravotní péče. Obecně může každý účastník využít svobodné volby léčby i lékaře, která je však omezena pokud se účastní některého z programů „managed care“. V těchto plánech jsou objem a cena služeb vyjednávány mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli, přičemž zdravotní pojišťovny následně motivují své pojištěnce k využívání právě těchto služeb v rámci sítě smluvních poskytovatelů. Jakožto podpora a pomoc pro společensky uznané skupiny obyvatelstva se, ve druhé polovině 20. století, vyvinuly programy financované z veřejných zdrojů. Ačkoliv jejich cílem bylo zpočátku pouze zajištění péče pro sociálně slabé, postupem času nabýval jejich význam na síle a v dnešní době tvoří největší zdroj financování, který pokrývá téměř polovinu výdajů na zdravotní péči.

Stát vstupuje do systému i na poli garance zdravotní péče a to jak do lékové politiky prostřednictvím agentury FDA (Food and Drug Administration) tak i formou právních norem upravujících pohotovostní péči v některých nemocnicích a jejich povinnost poskytnutí péče nutné ke stabilizaci zdravotního stavu pacienta.

Mezi přínosy systému patří podněcování k tvorbě nových organizačních forem a metod platby zdravotní péče, z nichž mnohé, jako například systém DRG (Diagnosis Related Groups), jsou využívány v různých modifikacích po celém světě. Systém umožňuje okamžitý přístup k nejnovějším trendům a léčebným metodám pro ty, kteří mají dostatečné

---

<sup>2</sup> Např. LEVITT, L., FREELAND, M. National Medical Care Spending. Health Affairs, Vol. 21, No. 2, March 2002

prostředky na jejich úhradu. V systému prakticky neexistují čekací listiny nebo dlouhodobě plánované zákroky, podporuje technologický pokrok a svobodnou volbu pacientů.

Na druhou stranu i přes existenci veřejných programů existuje velký podíl nepojištěných či podpojištěných osob a současná značná nerovnost v přístupu ke zdravotní péči. Problém nepojištěných osob je v rámci široké veřejnosti vnímán velmi citlivě, avšak nejednotně v rámci jeho možných řešení. Trendem poslední doby je změkčování kritérií pro vstup do systémů státních zdravotních programů, což však zvyšuje náklady na jejich provoz, které musí být z velké části hrazeny z veřejných zdrojů.

## **2.3 Systém zákonného pojištění s garantovaným plněním v SRN**

### ***2.3.1 Historický vývoj***

Vznik zákonného sociálního a zdravotního pojištění se datuje do osmdesátých let 19. století, kdy kancléř Bismarck zavedl povinné zákonné pojištění pro dělníky. Zpočátku se jednalo pouze o pojištění dávek v případě nemoci, časem však docházelo k zahrnutí úhrad za zdravotní péči a tedy nepeněžnímu plnění ze systému. Po celou dobu své existence vykazuje systém růst prostředků, které jsou jeho prostřednictvím zpravovány. Po druhé světové válce se rozšiřuje pokrytí zákonného pojištění i na jiné osoby než na dělníky. Každé rozšiřování zdravotního pojištění se neobešlo bez konfliktů mezi zákonnými pojišťovnami a lékaři a mnohdy musel zasáhnout i stát, avšak vzhledem ke svému pevnému zakotvení ve společnosti a průběžnému financování nezkolaboval ani během 1. světové války, během hyperinflace ve 20. letech ani při nástupu fašismu.

Po druhé světové válce došlo k rozdělení celého systému v souvislosti s rozdělením Německa. Zatímco v SRN se navázalo na předválečnou tradici a systém byl nadále rozvíjen na základě zákonného pojištění, v NDR došlo k posunu spíše k systému národní zdravotní služby po sovětském vzoru. Po sjednocení v 90. letech bylo však od tohoto způsobu financování upuštěno a celý stát navázal na tradice, které byly rozvíjeny během celé 2. poloviny 20. století v západním Německu.

V průběhu sedmdesátých let došlo k nárůstu výdajů v souvislosti s rozšířením pojištění na větší okruh pojištěnců (např. zemědělci, studenti) a také díky demografickým trendům a rozvoji možností nových metod léčby. Po ropných šocích nárůst plynule pokračoval, což

vedlo k celé řadě regulačních opatření majících za cíl racionalizaci a omezení nákladů na zdravotní péči jako tvorba globálních rozpočtů pro odvětví či jednotlivé poskytovatele, stanovení referenčních cen pro léčiva, či zvýšení spoluúčasti pacientů.

Po sjednocení Německa bylo hlavním úkolem převést dobře zavedený systém ze západu i na nové spolkové země. V na území bývalého NDR došlo k výraznému omezení stávajících poliklinik a většina ambulantních specialistů přešla do režimu samostatných praxí. Během devadesátých let vznikla možnost volit mezi jednotlivými pojišťovnami, do té doby byli občané pojištěni na základě zaměstnaneckého principu. Sazby pojištění jsou diferencovány mezi jednotlivými pojišťovnami a spolu s doplňkovými programy na podporu zdravého životního stylu a komplexních programů péče pro určité typy onemocnění, tvoří hlavní signál pro občana umožňující racionální volbu zdravotní pojišťovny.

V letech 2001, 2002 a 2003 byl zaznamenán každoročně kumulativní deficit zákonných zdravotních pojišťoven a to ve výši cca 3 miliardy EUR a to i přestože průměrná sazba pojistného vzrostla z 13,57 % v roce 2000 na 14,31 % v roce 2003. Současně se odhadovalo, že 4000 tun léků končí každoročně nepoužito v odpadu, mnoho ze 120 milionů ročně pořízených rentgenových vyšetření je přebytných apod. V souvislosti s reformami pod souhrnným názvem Agenda 2010 byla připravena i reforma systému zdravotní péče, jež si kladla za cíl zejména posílení suverenity a informovanosti pacienta, důraz na prevenci vzniku onemocnění, dlouhodobou stabilizaci systému a zajištění kvalifikačních standardů pro lékaře v oblasti dalšího vzdělávání. Došlo také k dalšímu posílení spoluúčasti, byl založen institut pro kvalitu a hospodárnost ve zdraví, který slouží jako centrální instituce pro zkoumání kvality a efektivnosti poskytované péče včetně hodnocení léčiv a jejich finanční nákladovosti.

Od roku 2005 vstoupila v platnost reforma stomatologické péče, na jejímž základě si pacienti mohou vybrat mezi zákonným a soukromým pojištěním v této oblasti. Od roku 2006 je zkušebně zaváděna takzvaná elektronická karta pacienta, která nahrazuje dosavadní papírovou kartu pojištěnce. Uložené informace jsou rozděleny na povinnou evidenční a dobrovolnou informativní část. V povinné části jsou uváděna data potřebná pro léčení pacienta na území celé Evropské Unie (Evropský průkaz zdravotního pojištění – E111). Ve volitelné části jsou uváděny doplňující informace např. při alergiích, reakcích na

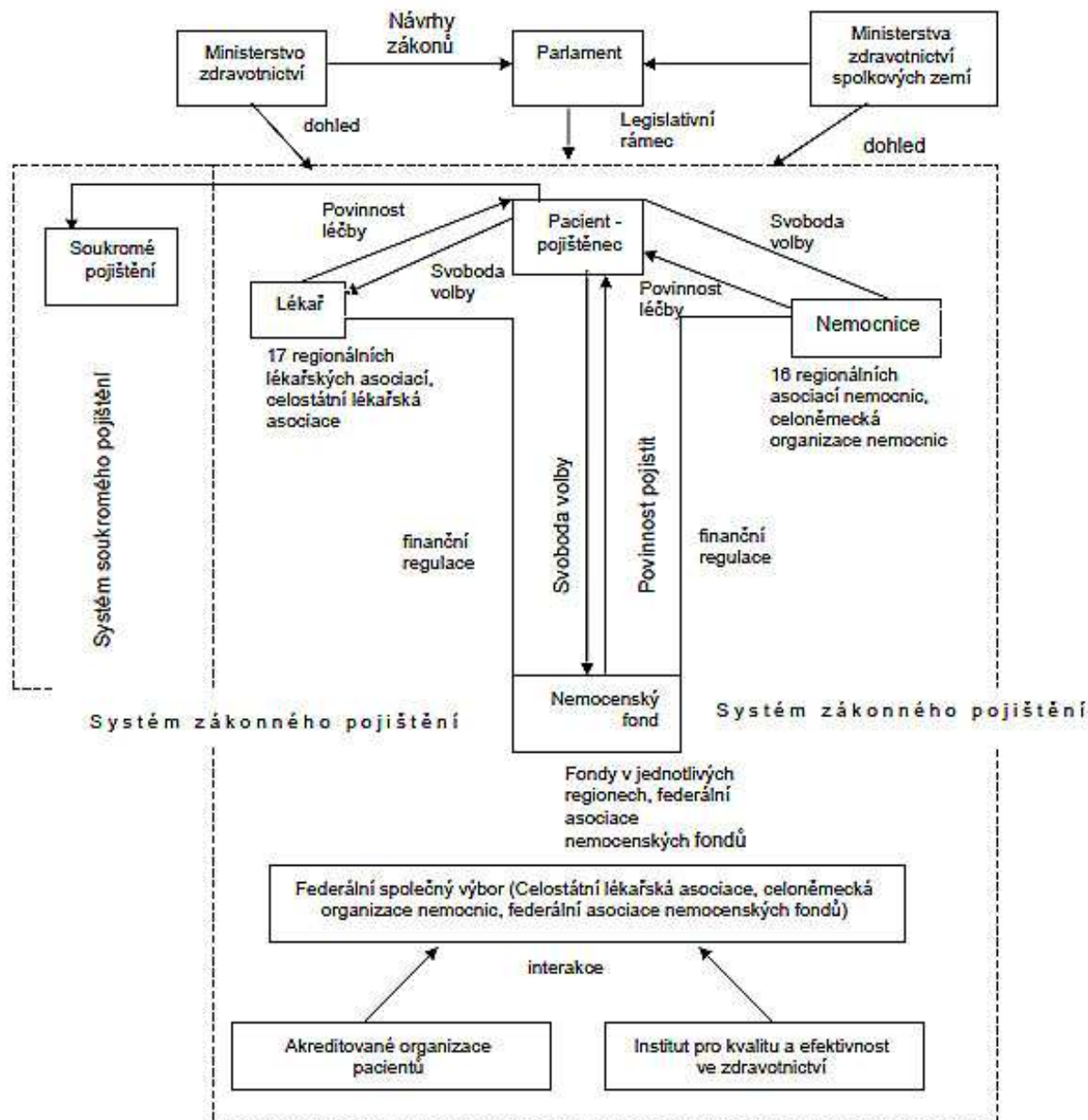


léky, očkováních, diagnózách a užívaných lécích apod. Tato karta zajistila lepší informovanost všech zúčastněných subjektů o probíhající léčbě a jejich výsledcích.

Souhrnné hodnocení těchto německých reforem by bylo jistě téma na celou odbornou práci. Především je nutno posuzovat reformu jako celek a ne z ní vybírat pouze jednotlivé části. Z tiskové zprávy Ministerstva zdravotnictví a sociálního pojištění vydané jeden rok po zavedení reforem vyplývá, že za první pololetí roku 2004 díky proběhlým změnám měly zdravotní pojišťovny přebytek 2,5 miliardy EUR a za prvních deset měsíců roku 2004 se snížily náklady na léky o 13,6 procenta oproti stejnému období předešlého roku. Navíc se zvýšily výdaje na specifickou prevenci některých onemocnění o přibližně 25. Kritické hlasy tvrdí, že někteří pacienti pouze odložili čerpání zdravotní péče na pozdější dobu, což by se v dlouhodobém horizontu mohlo ukázat jakožto kontraproduktivní, avšak na seriózní dopady všech reforem jako celku je třeba vyčkat, mnohé analýzy a studie již probíhají a výsledky lze očekávat během několika málo let.

### 2.3.2 Subjekty působící ve zdravotnickém systému SRN

Subjekty působící v systému a jejich vzájemné vztahy znázorňuje následující schéma.



Obrázek 6 - Schéma systému zdravotnictví v SRN

Zdroj: BUSSE, R., RIESBERG, A. *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004

Na federální úrovni je hlavním orgánem veřejné správy Ministerstvo zdravotnictví a sociálního zabezpečení. Na úrovni spolkových zemí je zdravotní politika obvykle v kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí.

Lékaři působící v rámci zákonného systému jsou zpravidla sdruženi v profesních organizacích, obvykle připadá jedna organizace na každou spolkovou zemi, ty pak vyjednávají cenu péče se zdravotními pojišťovnami. Dále existují i profesní organizace nemocnic. Ambulantní zařízení bývají obvykle v soukromých rukou, v rámci nemocnic existuje pluralitní vlastnická struktura.

Praktičtí lékaři nefungují přímo jakožto takzvaní „gatekeepři“ (blíže viz podkapitola zabývající se popisem britského systému), avšak jejich role je v tomto směru v posledních letech posilována. Pacient si může svého ošetřujícího lékaře libovolně zvolit, u zákonného pojištění je však možnost volby omezena tím, zda má lékař smlouvu s pacientovou zdravotní pojišťovnou. U lůžkových zařízení se projevují typické současné trendy, tj. úbytek počtu akutních lůžek a jejich přeměna na lůžka následné a sociální péče.

Mezi plátce zdravotnické péče patří jak zákonné, tak i soukromé zdravotní pojišťovny, jejich počet dlouhodobě klesá, mezi lety 1995 a 2006 se snížil o více než 75 %. Největší počet pojištěnců je pojištěn u regionálních zákonných pojišťoven a pojišťoven založených na zaměstnanecké bázi. Činnost soukromých a zákonných pojišťoven je oddělena a zákonné pojišťovny nesmějí poskytovat soukromé pojištění. V roce 2004 působilo na trhu 49 soukromých a 282 zákonných zdravotních pojišťoven, tento počet se však v rámci reformy z roku 2007 bude snižovat, neboť nové prostředí stimuluje zejména zákonné pojišťovny k jejich fúzování. [1]

### 2.3.3 *Financování systému*

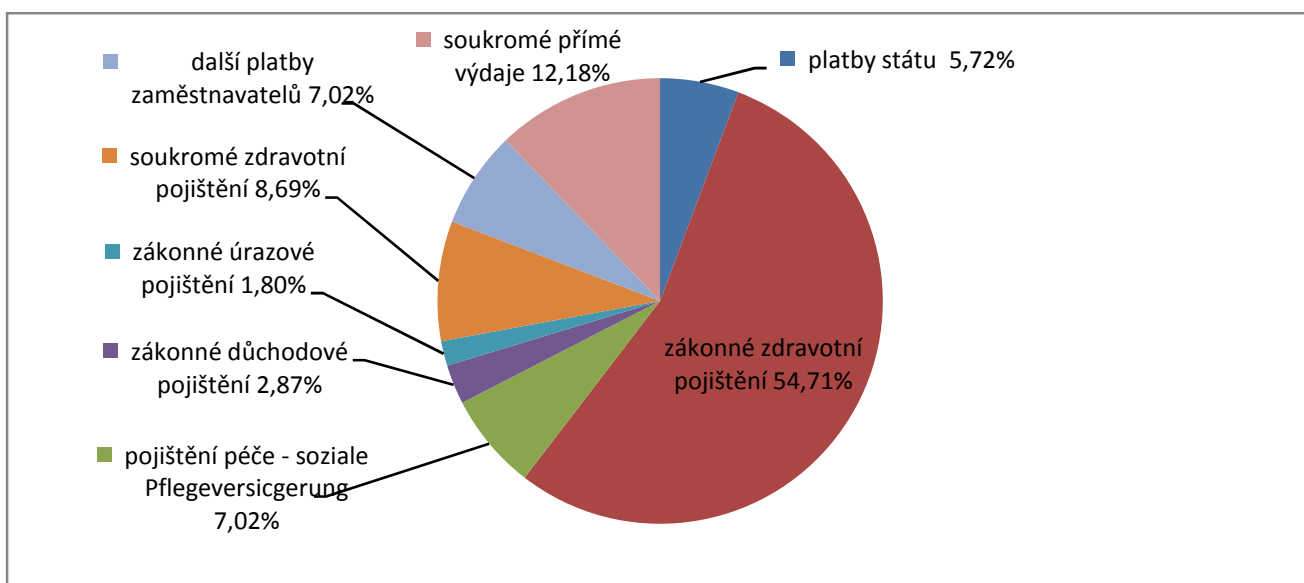
Podstatným ukazatelem z národohospodářského hlediska je podíl nákladů na zdravotní péči na HDP, jak ukazuje následující tabulka. Tento podíl patří v rámci Evropské unie dlouhodobě spíše k vyšším.

**Tabulka 6 - Poměr výdajů na zdravotní péči v SRN 1992 - 2004**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Celkové výdaje</b>	9,8	10,1	10,4	10,2	10,2	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,6
<b>Veřejné výdaje</b>	7,9	8,2	8,5	8,2	8,2	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,2	8,2	8,1
<b>Soukromé výdaje</b>	1,9	1,9	1,9	2	2	2,1	2,1	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,5

*Zdroj dat: OECD Health Data 2006, October edition. Paris: OECD, 2006*

Systém financování zdravotní péče je založen na vícezdrojovém financování. Podíl klíčových zdrojů na financování zdravotního systému v SRN můžeme vidět na následujícím grafu, ze kterého mimo jiné vyplývá, že státní zdravotní pojištění se na financování celého systému podílí pouze z 55 % a to přesto, že je nejvýznamněji diskutováno při všech reformních krocích.



Obrázek 7 - Zdroje financování zdravotnictví v SRN - 2007

Zdroj dat: Statistisches Bundesamt Deutschland.

<<https://www.ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023847>> [cit. 26.4.2009]

V rámci financování je pojistné rozděleno mezi zaměstnance a zaměstnavatele v poměru 1:1. Důchodci si z poloviny platí pojištění sami, druhou polovinu za ně hradí penzijní fond, prakticky se však jedná o sražení celé částky z vypláceného důchodu. Závislé osoby v rodině jsou pojištěny v rámci pojištění ekonomicky aktivních členů. Za nezaměstnané může platit pojistné stát, musí však splnit velmi přísná kritéria. Těmito opatřeními jsou minimalizovány skupiny osob mimo systém pojistek. Zejména systém pojištění v důchodu řeší problematiku plateb za velkou sociální skupinu, která je obvykle bez pracovního příjmu.

Veřejné pojišťovny mají právo stanovovat takovou výši pojistného, která je potřebná k úhradě zdravotní péče pro pojištěnce. Tím se teoreticky zamezuje kumulaci dluhů u těchto pojišťoven, protože sazba pojistného by měla být stanovena tak, aby pokrylo v daném roce

financovanou zdravotní péčí. Výše pojistného je tedy diferencována mezi jednotlivými zákonnými pojišťovnami, podléhá však schválení orgánů veřejné správy.

Pojištěnec může při dosažení určité výše ročního příjmu vystoupit ze zákonného systému a přejít do systému soukromého. Přejít opačným směrem je však velmi striktně omezen, čímž se předchází spekulativním přechodům mezi veřejnou a soukromou částí systému. V soukromém systému, který funguje na principu pojištění individuálních rizik jedince, je pojištěno přibližně 10 procent obyvatelstva.

Od roku 1996 byla umožněna svobodná volba zákonné pojišťovny. Od roku 2002 je minimální doba, po kterou musí pojištěnec setrvat u jedné zdravotní pojišťovny, 18 měsíců. Aby se systém vyvaroval efektů nežádoucího výběru pouze určité skupiny pojištěnců, každá zákonná pojišťovna, která se otevřela pro volbu pojištěnců, nesmí žádného odmítnout, resp. musí přijmout každého, kdo projeví o vstup zájem. Vzhledem k umožnění této volby a následné migraci občanů mezi jednotlivými pojišťovnami, musela být řešena problematika přerozdělování pojistného. Přerozdělování funguje tak, že každá pojišťovna musí platit příspěvek do přerozdělovacího fondu, který následně na základě porovnání průměrných výdajů a příjmů konkrétní pojišťovny rozhoduje, zda daná pojišťovna bude prostředky z fondu čerpat nebo naopak je do něj odvádět. [1]

Umožnění volby zákonné pojišťovny mělo následující efekty:

- Růst počtu pojištěnců, kteří uvažují o změně zdravotní pojišťovny (9,3 % v roce 1998 a 23,4 % v roce 2003)
- Zvýšení migračního salda mezi jednotlivými pojišťovnami
- K migraci dochází spíše u mladších a více vydělávajících občanů, což má za následek trvalou nutnost přerozdělování prostředků (původní modely předpokládaly pouze dočasnou nutnost)
- Existence přerozdělovacích mechanismů působí proti konkurenci mezi jednotlivými zákonnými pojišťovnami a vyrovnává tak sazbu pojistného (koncem devadesátých let byl rozdíl mezi nejvyšší a nejnižší sazbou pojistného přibližně 25 %, kdežto v současné době je to méně než 1 %). [1]

Obecně lze říci, že konkurence mezi zákonnými pojišťovnami splnila záměry svých tvůrců, na druhou stranu však přinesla mnoho nových problémů v souvislosti s otázkami cream-skimmingu na straně pojištěnců, či přerozdělování prostředků mezi pojišťovnami.

V případě soukromého zdravotního pojištění, jak již bylo uvedeno výše, je podmínkou účasti dosažení určité hranice ročního příjmu. Jeho typickými účastníky jsou proto občané s vyššími příjmy. Soukromé pojištění je uzavíráno na soukromé bázi, nezahrnuje proto závislé členy rodiny jako pojištění veřejné, což stimuluje k uzavření zejména bezdětné jednotlivce či páry. Úhrada péče je prováděna zpětně na základě předložení účtu od lékaře, rozsah úhrady závisí na smluvních pojistných podmínkách a bývá obvykle stejný nebo vyšší než v případě zákonného pojištění.

Vzhledem ke zvyšování sazeb pojistného v zákonném pojištění rostla i motivace k přechodu do soukromého systému zejména pro bezdětné páry a jednotlivce, což bylo částečně regulováno zvyšováním hranice minimálních ročních příjmů potřebných pro vstup do systému. Stejně tak je částečně regulována i nabídka soukromých pojišťoven zejména proto, aby nedocházelo k vytěšňování starších občanů ze soukromého systému, neboť díky existujícím restrikcím je pro ně návrat do systému zákonného velmi obtížný až nemožný. Regulace spočívá ve stanovení maximálních pojistných sazeb pro občany starší 65 let, ne vyšších, než sazby zákonného pojištění.

K rozvoji soukromého pojištění došlo i v souvislosti s omezením úhrad určitých typů péče, např. stomatologické a nemocniční, ze systému zákonného pojištění, což otevřelo cesty k různým formám soukromého připojištění a současného setrvání v zákonném systému.

K dalším zdrojům financování patří dotace a prostředky z veřejných rozpočtů. Ty jsou využívány zejména na investice do rozvoje nemocniční sítě a k financování výuky v rámci zdravotnických zařízení.

Otázka spoluúčasti plní v zákonném pojištění spíše regulační prvek, neslouží primárně jakožto zdroj financování zdravotní péče, její podíl však meziročně kontinuálně mírně roste. Hlavní položky, na které je v rámci spoluúčasti připláceno, jsou zejména:

- léky, zdravotnické pomůcky
- doprava

- pobyt v nemocnici
- poplatek za praxi
- rehabilitační služby ve stacionářích
- 

Tyto platby se však nevztahují na mladistvé do 18 let a nízkopříjmové pacienty, pacienti s chronickými onemocněními mají roční limit spoluúčasti na úrovni 1 procenta celoročních příjmů, běžní účastníci na úrovni 2 procent. Při zavádění spoluúčasti byla tedy brána v potaz sociální a medicínská kritéria tak, aby byla zachována dostupnost péče a zároveň posílena efektivnost.

### ***2.3.4 Fungování systému jako celku***

Celý systém zdravotní péče v SRN patří mezi systémy garantované, neboť svým účastníkům garantuje ze zákona následující péči:

- prevence onemocnění, ochrana a podpora pracovního zdraví,
- diagnostika nemoci,
- léčba (ambulantní, lůžková, některá odvětví sociální terapie),
- urgentní medicína, transport pacientů,
- některé další výhody, jako jsou například informace pro pacienty.

Efektivnosti je dosahováno prostřednictvím tvorby cen a to díky alokační roli zákonných zdravotních pojišťoven, které ve vyjednávacím řízení tvoří ceny péče takovým způsobem, aby nedocházelo k přílišnému nárůstu cen jednotlivých úkonů. Tomu je přizpůsobena i konstrukce bodového systému oceňování, kdy při vzrůstajícím počtu výkonů klesá hodnota bodu (jednotkové ceny zdravotní péče). V tomto ohledu se jeví německý systém jako velmi úspěšný a technika kolektivního vyjednávání mezi zdravotnickými zařízeními a zákonnými zdravotními pojišťovnami je dobře zvládnuta, jak při jednání mezi sdružením lékařů a pojišťovnami, tak při volbě různých metod financování (nemocnice – systém DRG; ambulance, léky – rozpočtový princip). Hlavním prvkem efektivnosti je svázání výdajů na zdravotní péči s úrovní příjmů do fondů zákonného zdravotního pojištění. Rozpočty jsou stanoveny na straně zdravotnických zařízení a jsou založeny do značné míry na historické bázi.

Proces cenotvorby probíhá v rámci trojúhelníku lékař – pojišťovna – pacient, kdy ze vzájemné interakce mezi sdruženími lékařů a pojišťovnou vzniká cena i rozsah nabízené zdravotní péče. Role státu spočívá pouze ve stanovení rozsahu minimální péče, která musí být poskytnuta, nezasahuje do tvorby ceny ani do způsobu vyjednávání mezi pojišťovnami a lékařskými sdruženími a ponechává si pouze dozor nad výší pojistného každé zákonné pojišťovny, aby zabránil případným excesům v této oblasti.

Soukromé pojištění tvoří zatím pouze doplňkovou roli a tak příliš nemotivuje k větší separaci systému na veřejnou a soukromou část. V současné době však, zejména díky spoluúčasti a snižování krytí v zákonném systému, existují pobídky směrem ke zvýšení účasti na soukromém pojištění. Jedním z cílů současných reforem je proto i zabránění rozdvojení celého systému na soukromou a veřejnou část, což je bráno jako jedno z možných rizik do budoucna. Navzdory tomu existují určité tendence směřující ke zrušení veřejných prvků zejména na straně vlastnictví zdravotnických zařízení a jejich přechod do soukromého sektoru.

V současné době probíhá v SRN reforma zdravotního systému, jejíž celkové dopady lze zatím jen těžko posoudit. Pokusím se tak alespoň nastínit několik základních bodů, na kterých je tato reforma postavena.

Základní změnou je rozšíření povinnosti pojištění na všechny občany (v roce 2007 bylo podle údajů Ministerstva zdravotnictví a sociálního zabezpečení 200 000 lidí bez zdravotního pojištění), je však ponechána možnost volby mezi soukromou či zákonnou zdravotní pojišťovnou. Od roku 2009 platí takzvaný základní tarif, který musí nabízet každá soukromá pojišťovna a který svým rozsahem odpovídá rizikům krytým v zákonném pojištění. Od roku 2011 je v rámci zákonného pojištění plánováno sjednocení základní sazby, což přinese možnost pro zaměstnavatele odvádět pojistné do jednoho místa, z něž bude po přerozdělení dle rizika rozděleno mezi zákonné pojišťovny.

Z pohledu zdravotních pojišťoven dojde k rozdělení nabízených tarifů dle preferencí a chování pacientů. Bude posílen koncept rodinné péče a rodinných lékařů. Dojde k optimalizaci přerozdělování pojistného podle rizika a zohlednění spotřeby preventivní péče snížením stropu pro spoluúčast. Starším pojištěncům v rámci soukromého pojištění



budou při změně pojišťovny převáděny i rezervy na stáří, které si pojištěnec během doby pojištění vytváří.

Celá reforma i většina jejich dílčích částí směřují k rozšíření principu solidarity a posílení tradičního Bismarckovského pojištění veřejného (solidárního) typu, ale zároveň ke zvýšení možnosti volby pacienta, což je provázáno i mírným zvýšením nákladovosti systému. Tento fakt by však měl být vyvážen lepším plněním v rámci zákonného pojištění, ale i rozšířením dostupnosti pojištění soukromého. Praxe a budoucnost ukáží, zda tyto dva systémy budou vedle sebe, i v rámci reformy, nadále úspěšně koexistovat.

## **2.4 Systém Národní zdravotní služby ve Velké Británii.**

### ***2.4.1 Historický vývoj***

Stejně jako i jinde v Evropě byla zdravotní péče v Anglii devatenáctého století hrazena formou přímých úhrad a solidarita fungovala na principu účtování rozdílných cen péče různým sociálním skupinám. Na začátku 20. století začaly být organizovány různé pojistné fondy na podporu dělníků a nízkopříjmových skupin. Během 2. světové války vydal W. Beveridge svou zprávu, ve které mimo jiné uvedl i několik požadavků, které by měl splňovat poválečný systém zdravotní péče Velké Británie:

- zajištění lékařské péče každému občanovi neohledně na věk, pohlaví a zaměstnání
- učinění zdravotní péče nezávislé na míře osobních prostředků
- poskytování komplexní lékařské péče včetně péče preventivní a léčebné

Tyto a další podstatné body Beveridgeova programu byly po skončení 2. světové války zahrnuty do volebních programů politických stran, zejména pak Labouristů, a v návaznosti na to byla v roce 1948 spuštěna tzv. National Health Service (NHS), která je považována za prototyp zdravotnického systému provozovaného státem, financovaného z veřejných prostředků (daní) a bez poplatků v momentě spotřeby. Přes některé dílčí úpravy se základní principy tohoto systému zachovaly až do dnešní doby. [10], [19]

V šedesátých letech byl zaveden systém District General Hospital, což jsou nemocnice o 600 – 800 lůžkách, které poskytují péči pro regiony o velikosti 100 000 – 150 000 obyvatel. Během sedmdesátých let se systém začal, stejně jako i ostatní systémy, potýkat

s problémy rostoucích výdajů a disproporcí v modelu sociálního státu. V reakci na to vznikl další organizační stupeň zdravotnického systému a to tzv. Health Authorities (od roku 1982 DHA – District Health Authorities), které sjednotily do té doby vícevrstevný management systému. [19], [18]

K dalším větším reformám došlo v roce 1991, kdy byly zavedeny principy quasi trhu (stranu poptávky tvoří stát) a quasi konkurence využívající principu fund-holdingu, kdy lékaři sdružení do jedné praxe dostávají na péči o své pacienty fixní finanční částku, za kterou pak sami praxi provozují a zároveň za tyto peníze objednávají zdravotní péči u ostatních zdravotnických zařízení (specialisté, laboratorní vyšetření, hospitalizace). Nemocniční péče byla v rámci těchto reforem poskytována formou trustů. Všechny tyto změny pak vedly k posílení konkurence v celém systému. Tato koncepce však vydržela pouze do roku 1997, kdy se vlády po delší době ujali opět Labouristé a v rámci dokumentu „The new NHS: modern and dependable“ opětovně posílili spolupráci mezi jednotlivými články v systému. Systém fund-holdingu byl opuštěn v roce 1999 a praktičtí lékaři byli sdružení do tzv. Primary care groups. Současně byly představeny i nové, moderní metody péče o pacienty jako například NHS Direct online (umožňuje telefonickou či internetovou konzultaci pacientových problémů) či Health Action Zones (zaměřují se na zlepšení zdravotní péče v oblastech se zhoršeným zdravotním stavem obyvatelstva). NHS reagovala v průběhu 90. let na nové trendy v oblasti medicíny (jednodenní chirurgie, komunitní péče o psychicky nemocné, atd.) zavíráním některých nemocnic a celkově snižováním lůžkových kapacit. [10], [21]

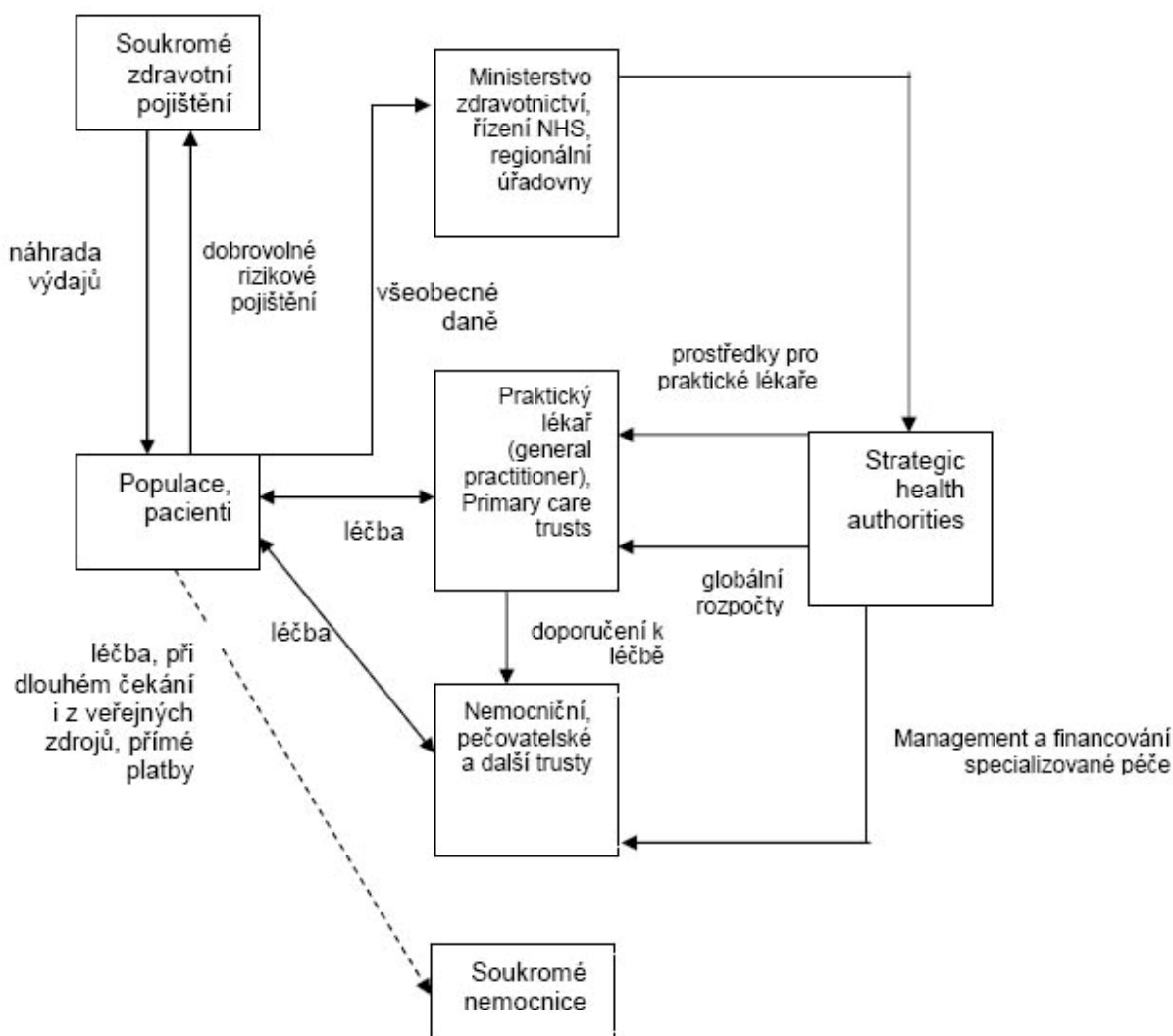
Po roce 2000 se zdravotní politika začíná zaměřovat na problémy vyplývající z podstaty veřejného systému zdravotnictví, jako jsou optimalizace alokování prostředků, čekací listiny atd. Některé ze stávajících Health Authorities získaly statut „Strategic Health Authorities“ (28 v roce 2002, následně redukováno na 10 v roce 2006), která se snaží o implementaci inovací vyplývajících z jednání mezi jednotlivými aktéry systému ve své oblasti působnosti (většinou 1 – 1,5 mil. obyvatel). Velká pozornost je věnována taktéž roli pacienta v systému, jedné z dalších problematických oblastí veřejných zdravotnických systémů. Cesty k efektivnosti jsou spatřovány zejména v decentralizaci systému a převedení rozhodovacích pravomocí a současně i odpovědnosti na regionální úroveň.

Rostou kapacity chirurgických zákroků, je zaváděn systém zabezpečení finančních prostředků pro pacienty se závažnými onemocněními a rozvíjen systém péče o ně. [10]

S přihlédnutím k tradicím a současné politické situaci se předpokládá, že celý systém zdravotnictví ve Velké Británii se bude i nadále rozvíjet na principech veřejné zdravotní služby a snažit se zejména o odstranění nedostatků z tohoto konceptu vyplývajících.

#### 2.4.2 Subjekty působící ve zdravotnickém systému Velké Británie

Britský systém chápe poskytování péče jako veřejnou službu, kde soukromé systémy hrají pouze okrajovou podpůrnou roli a je koncepčně založen na centrální úrovni. Vztahy mezi jednotlivými aktéry lze vidět na následujícím schématu.



Obrázek 8 - Scéma systému zdravotnictví Velké Británie

Zdroj: OECD Health Data 2006, October edition. Paris: OECD, 2006, přeloženo, upraveno

Subjekty v britském zdravotnickém systému se dělí na orgány veřejné správy a zdravotnická zařízení. V čele orgánů veřejné správy stojí Ministerstvo zdravotnictví, které v sobě mimo běžných odborů zahrnuje i dvě, pro Británii specifické sekce, a to Chief Medical Officer poskytující odborné medicínské konzultace a NHS Executive, která zodpovídá za řízení NHS a monitorování činnosti Health Authorities v různých regionech.

Od roku 2006 působí v Británii 10 tzv. Strategic Health Authorities, které jsou zodpovědné za řízení NHS na regionální úrovni a fungují zároveň jako důležitý spojovací článek mezi ministerstvem zdravotnictví a NHS. Mezi jejich hlavní úlohy patří zejména: [14]

- zvyšování kapacity zdravotnických zařízení
- zodpovědnost za kvalitu a úroveň zdravotních služeb
- tvorba plánů vedoucích ke zlepšení zdravotních služeb v rámci jejich teritoria
- integrace celonárodních priorit do lokálních zdravotních plánů

Základním stavebním kamenem britského systému je praktický lékař, jehož funkce jsou širší než v ostatních systémech. Zaměstnává ve své praxi ošetrovatelky, se kterými spolupracuje, může provádět i jednoduché chirurgické zákroky, vést porody atd. V případě, že objeví u pacienta potřebu zdravotní péče, kterou nemůže sám poskytnout, doporučuje ho k následným ošetřením ať už v rámci ambulantní, či nemocniční péče, čímž plní funkci tzv. „gatekeepera“ který pouští a rozděluje pacienty dále do systému na základě jejich skutečné potřeby další péče a většina kontaktů s lékaři v britském systému je právě s praktickým lékařem. Praktičtí lékaři vykonávají činnost v praxích, v jedné praxi působí obvykle více lékařů, pro jejichž založení je třeba souhlasu centrálních orgánů.

Institut praktického lékaře tvoří základ tzv. Primary Care Trust, regionálních zdravotnických organizací zodpovědných za management zdravotnických služeb ve svém regionu a spolupracujících s místními zdravotnickými úřady a dalšími organizacemi zajišťujícími zdravotní a sociální péči. Přenesení odpovědnosti na regionální úroveň (od r. 2006) má za cíl co nejefektivnější rozhodování o zdravotní péči a alokaci veřejných prostředků mezi pacienty dle jejich skutečných potřeb.

Dalšími poskytovateli na primární úrovni jsou rovněž optici a stomatologové, jejichž péče lze využívat přímo, bez předchozí konzultace s praktickým lékařem, stejně jako například tzv. Walk-In centra, která slouží pro ošetření drobných poranění, ale zejména plní funkci konzultantů a informačních center o praktických lékařích a dalších zdravotnických službách v dané oblasti.

Základním článkem sekundární péče, která v sobě sdružuje jak specializovanou ambulantní péči, tak i lůžkovou, jsou ve Velké Británii District general hospitals. Jedná se o nemocnice, které poskytují veškerou specializovanou péči pacientům s doporučením od jejich praktických lékařů. Dále existují ještě nemocnice poskytující silně specializovanou péči, jako například transplantace orgánů. Ty jsou většinou spojeny s lékařskými universitami a probíhá na nich i výuka studentů lékařských fakult (ekvivalent universitních nemocnic).

V rámci soukromého pojištění a financování fungují vedle dentistů a naprosto zanedbatelného počtu soukromých praktických lékařů, existuje i několik soukromých nemocnic (230 v roce 2004) poskytujících zejména lůžkovou péči. Ty mají obvykle úzkou vazbu na soukromé zdravotní pojišťovny, které bývají i jejich zřizovateli.

Přístup do systému zdravotní péče má v Británii každý občan bez ohledu na majetek či sociální status. U praktických lékařů je registrováno 99% populace, výjimky tvoří pouze zanedbatelný podíl sociálně nepřizpůsobivých občanů. [19]

### **2.4.3 Financování systému**

Jak již bylo zmiňováno, zdravotnický systém ve Velké Británii je financován z veřejných zdrojů, konkrétně ze všeobecných daní a podíl soukromých zdrojů na jeho financování je velmi nízký, jak ukazuje i následující tabulka.

**Tabulka 7 - Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP Velké Británie; 1970 – 2005; v % HDP**

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2006
<b>Celkové výdaje</b>	4,5	5,5	5,6	5,9	6	7	7,3	7,7	8,4
<b>Veřejné výdaje</b>	3,9	5	5	5,1	5	5,9	5,9	6,4	6,6
<b>Soukromé výdaje</b>	0,6	0,5	0,6	0,8	1	1,1	1,4	1,3	1,8

*Zdroj: OECD Health Data 2006. Paris: OECD, 2006*

Jak vyplývá i z výše uvedené tabulky, celý systém patří mezi nejlevnější ve vyspělých zemích, což ovšem bylo v minulosti často kritizováno z důvodu podfinancování systému. V reakci na to byla v průběhu 90. let zvýšena alokace prostředků plynoucích do zdravotnictví s cílem zvýšit možnosti celého systému.

Samotný výběr prostředků neprobíhá cíleně, ale jedná se o součást všeobecných daní, nelze tudíž tvrdit, že jsou získávány procentuálním zdaněním práce, neboť v rámci celého rozpočtu nelze rozlišit, z jakých daní byli vybrány. Jako určitá forma sociálního pojištění slouží tzv. národní pojištění, které přetrvalo ještě z doby před druhou světovou válkou a jehož prostřednictvím je získávána část zdrojů do zdravotního systému (v roce 2006 to bylo cca 20%). Účast v NHS však není na toto pojištění vázána a v současné době slouží již pouze jako extenze daňového systému. [22]

Dalším zdrojem v systému jsou přímé platby a to zejména v rámci spoluúčasti na léčích, stomatologické péče, kde je na některé zákroky uvalena spoluúčasť až 80%, optických pomůcek, ale i přímé platby za soukromou péči nespádající do systému NHS. Pro krytí těchto výdajů slouží i soukromé pojištění, které se podílí na celkových výdajích systému přibližně deseti procenty.

Služby poskytované praktickými lékaři jsou financovány na základě smlouvy mezi nimi a NHS, ta je konstruována jak na výkonové, tak i na kapitační bázi. Lékaři pracující v nemocnicích jsou zaměstnanci NHS a jejich plat je určen centrálně, mohou si však přivydělávat v rámci soukromých zařízení a to až do výše 10 % svých hrubých měsíčních příjmů. Stomatologové mohou provozovat soukromé praxe bez výrazných omezení a za výkony spadající do systému NHS jsou ohodnocováni dle jeho pravidel. Přerozdělování prostředků mezi regiony probíhá na základě potřeby zdravotní péče. Tato potřeba je vypočítávána na základě nemocnosti, úmrtnosti, populační struktury a geografických rozdílů mezi regiony.

Z výše uvedeného vyplývá, že hlavním zdrojem financování celého systému jsou fiskální fondy. Prostředky z nich plynoucí jsou dále alokovány dle potřeby zdravotní péče. Současným trendem je zvyšování prostředků plynoucích do systému na úroveň průměru Evropské unie v reakci na historicky dlouhodobé podfinancování celého systému, které se ukázalo být kontraproduktivním.

#### **2.4.4 Fungování systému jako celku**

Zdraví je v britském systému chápáno na základě egalitárního pojetí jako veřejný statek. Je kladen důraz na dostupnost zdravotní péče a rovnost v přístupu k ní, což je v rámci veřejného mínění hodnoceno velmi pozitivně. Role státu a působení orgánů veřejného zájmu jsou koncepčně na dobré úrovni, stejně jako nakládání s veřejnými prostředky. Na zdraví je nahlíženo v širším slova smyslu jako na podstatný faktor ekonomického rozvoje. Alokace prostředků a následně i možnost přístupu ke zdravotní péči mezi regiony a jednotlivými sociálními skupinami je řešena systémově a v poměru výdajů na zdravotní péči k zdravotnímu stavu obyvatelstva patří britský systém mezi nejefektivnější.

Achillovou patou celého systému je však, podle mnohých názorů, právě jeho silná provázanost na efektivní fungování státu, což může v případě změny vlády a jejich priorit ve vztahu k veřejným financím představovat vážné riziko. To se ukázalo například v osmdesátých letech, kdy omezení financování z veřejných zdrojů a zapojení principů quasi-konkurence do stále veřejně financovaného systému vedlo k vážným problémům. Současná vláda činí kroky k posílení a stabilizaci celého systému, přičemž klade důraz na striktní dodržování jeho historických principů, avšak případné jiné další vlády již nemusí být nakloněni této myšlence a situace z osmdesátých let se může velmi snadno opakovat.

Mezi největší problémy britského systému patří čekací seznamy, které jsou zároveň předmětem celospolečenských diskusí a základním objektem reformy z posledních let. V devadesátých letech byla čekací doba na některé operace až 18 měsíců. Tato doba nyní mírně klesá, avšak stále je na tomto poli co zlepšovat. Na základě analýz bylo zjištěno, že čekací doba není jediným kritériem, důraz musí být kladen i na strukturu pacientů na listinách a jejich reálné potřeby. Jako důsledek reakcí na tyto problémy lze uvést například možnost výběru kterékoliv nemocnice pro ortopedické výkony a celkově snahu o zvýšení možností pro pacienty, kteří setrvávají na seznámech po delší dobu. [3]

Další věcí, které se v poslední době dostává vyšších priorit, je role motivací jednotlivých subjektů. Tento fakt vyplývá ze skutečnosti, že ačkoliv má stát dostatek informací pro stanovení cílů a měření výsledků fungování systému, tyto činnosti pouze ovlivňují fungování skutečných aktérů systému, ať už na straně lékařů, tak i pacientů. Základním kritériem optimálního nastavení různých organizačních schémat a mechanismů by proto

mělo být jejich působení na tvorbu pobídek pro zlepšení a zefektivnění péče. V návaznosti na to je od roku 2005 kladen důraz na zvyšování odpovědnosti pacienta za současného zvyšování prostředků plynoucích do systému, což sice způsobuje zvyšování nároků na veřejné zdroje, ale na druhou stranu také vede ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Koncept tohoto systému tedy předpokládá, že se tato investice do veřejného zdraví vrátí v podobě snížení potřeby zdravotní péče, zejména pak té nákladné. I když lze tyto tendence spatřovat i u jiných zemí, v britském konceptu je asi nejvýrazněji vidět přístup ke zlepšování veřejného zdraví jakožto ke klíči pro budoucí snižování nákladů s ním souvisejících.

## **2.5 Hlavní problémy popisovaných systémů**

Na základě popisů jednotlivých systémů je zřejmé, že ani jeden z nich není ideálním, naopak každý z nich se potýká s celou řadou problémů. Nevýhody jednotlivých zdravotnických systémů, ať již zmiňované výše, či v následující kapitole, poukazují na fakt, že nejslabší články a hlavní negativní aspekty se projevují většinou v místech, na kterých je systémově kladen největší důraz na efektivitu a dlouhodobou stabilitu systému.

V systémech typu V – V (dle výše zvoleného členění), tedy národní zdravotní služby, je objem výdajů plynoucích do systému určován na úrovni státního rozpočtu. Občan (pacient) zaplatí daně státu, stát na základě přerozdělovací metodiky alokuje prostředky do systému, který následně v rámci státem stanovených limitů poskytuje zdravotní péči občanům. Základ efektivnosti tedy tvoří plánovací a alokační úloha státu. Podstatným faktem je, že v tomto modelu je nejprve na centrální úrovni alokována určitá výše zdrojů, což se následně promítá v rozpočtových omezeních u jednotlivých typů poskytované péče, většinou ve formě omezeného počtu prováděných výkonů apod. Při větší než plánované spotřebě poté dochází k tvorbě čekacích listin, na kterých jsou evidováni ti, na něž se v daném období nedostávalo prostředků. Tyto listiny slouží také pro evidenci potřebné péče a určování priorit mezi pacienty a na jejich základě jsou nejen přerozdělovány prostředky v daném období, ale i plánovány potřebné zdroje na období příští. Z toho vyplývá, že čekací listiny, které jsou uváděny jako významný problém tohoto systému, slouží zároveň jako jeho regulátor a jejich pomocí jsou v systému určovány priority společenské potřeby mezi jednotlivými skupinami pacientů. V širším pohledu jsou tedy projevem alokování efektivnosti na centrální úrovni. [10]



V systémech typu V – S (dle výše zvoleného členění) tedy v systému veřejného zdravotní pojištění je situace odlišná. Na centrální úrovni nejsou stanovována žádná omezení, má pouze kontrolní činnost pro případ, že by výdaje rostli nad únosnou míru. Současně obvykle existuje garance zdravotní péče, která je hrazena z veřejných prostředků. Občan (pacient) platí pojistné zdravotní pojišťovně, jehož výše závisí na politickém rozhodnutí či rozhodnutí zdravotních pojišťoven. Současně čerpá péči ze zdravotnického systému v návaznosti na své potřeby a zákonné nároky. Takto čerpaná péče je následně zdravotní pojišťovnou uhrazena přímo jejímu poskytovateli. Nejprve je tedy proveden výkon a až následně dochází k jeho úhradě. Pokud zdroje, které má zdravotní pojišťovna k dispozici, v závislosti na vybraném, popř. přerozděleném, pojistném nestačí k pokrytí těchto plateb, dochází ke vzniku kumulovaného deficitu (pokud je tato možnost uzákoněna, v SRN tomu tak je, ale například v ČR už nikoliv). Tento problém je částečně řešen například ve Francii, kde úhradu péče provádí sám pacient a zdravotní pojišťovna mu ji proplácí až následně, na základě účtu vystaveného poskytovatelem. Klíčovým problémem tohoto systému jsou tedy kumulované deficity, které vznikají na základě výše uvedených příčin. Pokud v systému není dostatečně upravena alokační role veřejných pojišťoven a zejména jejich možnost vyjednávat cenu péče a upravovat výši pojistného, dochází k tvorbě deficitů pravidelně. [1]

V systémech typu S – S (dle výše zvoleného členění), tedy v tržních systémech, je situace ještě o něco složitější a pro správné pochopení je nutno abstrahovat od vlivu veřejného sektoru, který v současnosti zaujímá významný podíl na trhu zdravotní péče a nahlížet na systém jako na čistě tržní. Občan (pacient) poptává zdravotní péči na základě svých skutečných potřeb a za tuto péči jejím poskytovatelům sám platí. Dále pak poskytuje část svých prostředků na soukromé zdravotní pojištění, jehož podmínky si smluvně sjednává a v závislosti na nich poté může, či nemůže očekávat plnění ze strany pojišťovny. Na rozdíl od obou předchozích systémů zde tedy chybí propojení mezi poskytovateli zdravotní péče a provozovateli zdravotního pojištění. Pokud tedy jedinec nemá k dispozici prostředky na úhradu požadované péče a žádný jiný subjekt, jako například zdravotní pojišťovna, není ochoten za něj tyto výdaje převzít, péče není realizována. Efektivnosti je tedy v tomto systému dosahováno na úrovni jedinců a jejich vztahů s poskytovateli péče, a pokud se nějaká transakce nevyplatí, ať už z pohledu kteréhokoliv ze zúčastněných, nedojde k její realizaci. Pokud pacient na základě svých omezených prostředků zdravotní péči nepoptá,

systém se nedozví, že vůbec nějakou potřebuje. Hlavním nedostatkem systémů S – S je tedy problém nerealizované péče.

Každý z popisovaných systémů má tedy své „slabé místo“, které se vyskytuje v návaznosti na alokování požadavků na efektivnost jeho fungování. [11]

V závěru této kapitoly je nutné podotknout, že aktéři daných systémů o těchto nedostatcích vědí a snaží se je více či méně úspěšně řešit. V systému národní zdravotnické služby, který se potýká s problémem čekacích seznamů, lze sledovat snahy o analýzu struktury těchto seznamů a hodnocení efektivnosti výdajů na konkrétní léčebné metody, ale i zavádění určitých konkurenčních prvků, jako například fund-holding a dalších víceméně tržních principů (quasikonkurence, nemocniční trusty), za účelem kompenzace některých dalších nevýhod čistě veřejného přístupu ke zdravotní péči. V systému veřejného zdravotního pojištění je v různých zemích uplatňována celá škála různých opatření, které ho značně vzdalují od původního Bismarckovského konceptu sociálního pojištění. Dochází k opouštění zaměstnaneckého principu, zejména z důvodů časté migrace v rámci pracovního trhu a to nejen mezi zaměstnavateli, ale i mezi profesemi a v neposlední řadě také k začleňování tržních principů a konkurenčních vztahů, jak na straně poskytovatelů péče, tak i provozovatelů pojištění. V tržních systémech se zvyšuje podíl veřejného sektoru, který se snaží kompenzovat hlavní nedostatky soukromého, konkurenčního prostředí, které z podstaty svého fungování vylučuje ze systému chudé a nemajetné, čímž dochází k tlakům na veřejný sektor, aby nakupoval zdravotní péči u soukromých poskytovatelů za ceny, za něž je soukromý sektor ochoten státu péči poskytnout.

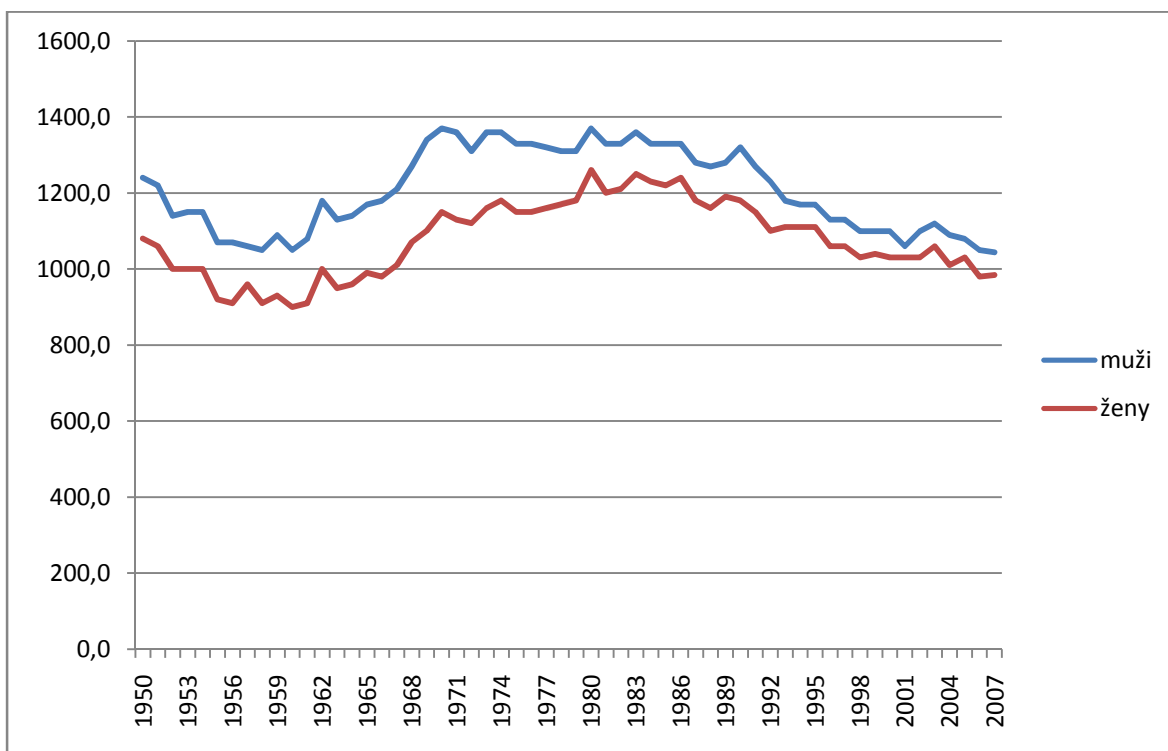
Mezi aspekty, které jsou společné všem popisovaným systémům, dále patří opouštění zaměstnaneckých principů v rámci zdravotního pojištění, a to nejen z důvodů uváděných výše, ale například v USA je považováno za problém, že lidé pracující u menších zaměstnavatelů, kteří jim nemohou pojištění zprostředkovat, mají pouze malou šanci ho uzavřít jinde. Ve většině zdravotnických systémů můžeme také pozorovat vznik center zkoumajících a optimalizujících kvalitu poskytované péče za účelem správného ohodnocení nákladovosti a efektivnosti léčebných metod (v Německu je to Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, v Británii National Institute for Clinical Excellence and Modernisation Agency a v USA existuje Agency for Healthcare Research and Quality).

Celkově lze pozorovat, že zdravotní systémy se ubírají směrem k pokrytí nutné a potřebné části zdravotní péče pomocí veřejného sektoru a možnosti poskytnutí zajištění ze strany soukromého sektoru tam, kde není zcela nutné, aby se veřejný sektor angažoval. Tento vývoj s sebou přináší nutnost řešit problematiku paralelní existence veřejného a soukromého sektoru.

### 3 Koncepce zdravotnického systému v České Republice

#### 3.1 Historický vývoj

Před rokem 1989 existoval v České republice centralizovaný systém zdravotní péče, který zejména v 50. a 60. letech dosahoval značných úspěchů zejména v oblasti epidemiologie a prevence, ale i v celkové koncepci týkající se rovného přístupu ke zdravotní péči pro všechny skupiny obyvatelstva, což vedlo k celkovému zlepšení zdravotního stavu populace. Od 70. let se však zdravotní stav obyvatel již nevyvíjel tak příznivě, jak ukazuje i následující graf vývoje standardizované úmrtnosti.



Obrázek 9 - Standardizovaná úmrtnost v ČR 1950 - 2007

Zdroj dat: Demografická příručka 2007, dostupná online

<<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/4032-08-2007>> cit: [6. 5. 2009], vlastní zpracování

V roce 1989 byl zdravotní stav obyvatelstva České republiky ve srovnání s ostatními západoevropskými zeměmi méně příznivý. Tento stav je přičítán spíše nezdravotnickým determinantům zdraví, neboť obecně v oblastech, kde je občan pasivním objektem péče systému, je dosahováno dobrých výsledků v oblasti zdravotní péče samotné, avšak

v oblasti motivace ke zdravému životnímu stylu má tento systém značné nedostatky. Zdraví je v populaci chápáno jako záležitost, za níž zodpovídá stát a obyvatelstvo nemá zájem o spoluúčast na jeho podpoře a ochraně.

Po roce 1989 se systém musel vypořádat s mnoha problémy. V první řadě se jednalo o nekompatibilitu zdravotnického systému s nově vytvářeným tržním prostředím a vyřešení otázky zachování současných standardů zdravotní péče a zároveň upravení vztahů mezi subjekty systému a jejich interakce s ostatními subjekty trhu tak, aby byly kompatibilní se zaváděnými principy tržního hospodářství. Byly formulovány jasné cíle získat více zdrojů do systému, zajistit adekvátní financování zdravotnictví v rámci tržního systému, posílit individuální odpovědnost pacientů při péči o své zdraví, zajištění podmínek pro fungování pluralitní struktury zdravotnických zařízení a přesně vymezit novou úlohu pro stát a jeho kompetence v rámci zdravotnického systému.

Celý vývoj po roce 1989 byl však provázen značnou koncepční nejasností a především rozpolceností pohledů na zdravotní péči jako celek, kterou jedna skupina ekonomů a politiků chápala jako souhrn dílčích transakcí v rámci ekonomiky a efektivnost měřila pouze na mikroúrovni v rámci jednotlivců, jednotlivých zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení, kdežto skupina druhá sledovala i nadále koncepční rozvoj celého systému s přihlédnutím k obecné hodnotě zdraví a pozitivních externalit z něj plynoucích. Zároveň se tyto dva přístupy dařilo jen velmi obtížně propojit v rámci přístupu k otázkám individuální odpovědnosti jedince za své zdraví a krytí obecných rizik prostřednictvím efektivně fungujícího veřejného zdravotnictví.

Počátkem 90. let byly položeny základy zdravotnického systému financovaného prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění s legislativně definovanou spoluúčastí pacienta. Nejpodstatnější legislativní změnou bylo přijetí novely zákona č. 548/1991 Sb., pozměňující do té doby platný zákon o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. Touto novelou byla umožněna svobodná volba lékaře, která nahradila do té doby platný spádový systém a uznáno právo na zdraví realizované na principu solidarity a jeho kodifikace do Listiny základních práv a svobod.

Dalším významným legislativním počinem bylo přijetí zákona č. 160/1992 Sb., který umožnil vznik nových, nestátních zdravotnických zařízení. Tento zákon umožnil

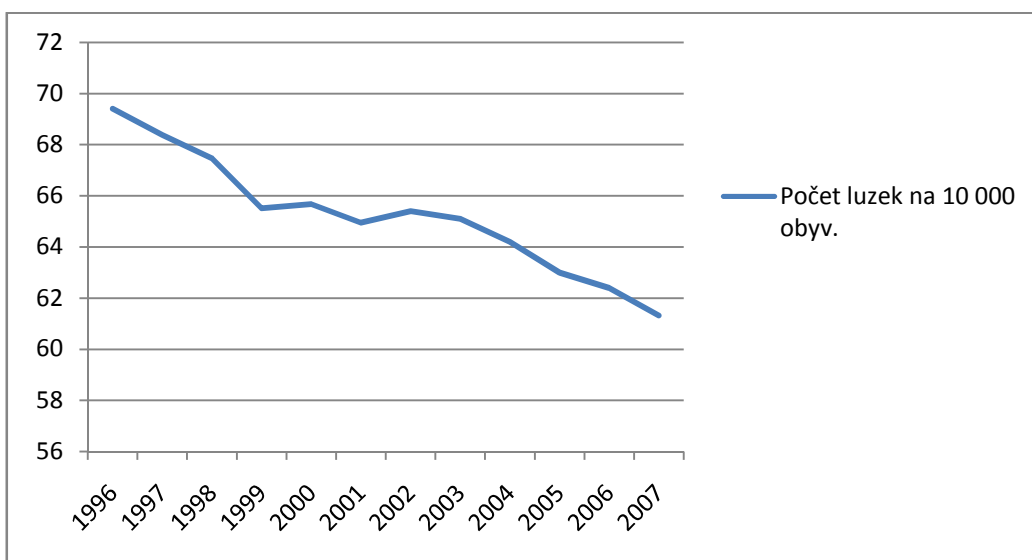
provozovat zdravotnická zařízení jakékoliv právnické a fyzické osobě, která splnila v něm stanovené požadavky. Nebylo například nutné mít uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, ani nebyl vznik posuzován z hlediska dostupnosti lokální péče, což vedlo k problémům se zajištěním provozu méně lukrativních zařízení jako například zdravotnické ambulance a zajišťování pohotovostních služeb, a následné novelizaci tohoto zákona v roce 1993, kdy okresní úřady mohly požadovat po zdravotnickém zařízení uzavření smlouvy s konkrétními zdravotními pojišťovnami s cílem zabezpečit adekvátní zdravotní péči pro jejich obyvatele.

Financování systému bylo, v návaznosti na historickou tradici bismarckovského typu, přesunuto ze státního rozpočtu na veřejné zdravotní pojišťovny, což bylo umožněno přijetím zákona č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. U Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) byli nejprve pojištěni všichni a pojišťovna se starala o správu veškerých příjmů z pojistného na území České republiky. Následně byl přijat zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, čímž došlo k rozdělení pojištěnců do více pojišťoven. Občané měli již od počátku možnost svobodné volby zdravotní pojišťovny, což bylo sice mírně omezeno prosazováním zaměstnaneckého charakteru nových zdravotních pojišťoven, avšak později, díky úpravám v legislativě, pohyb pojištěnců mezi pojišťovnami zesílil a pojišťovny se rovněž zaměřily na jeho ovlivňování. Současně byla pojišťovnám umožněna určitá konkurence v boji o pojištěnce, tento krok se však s odstupem času ukázal být spíše nekoncepčním společensko - politickým rozhodnutím bez předchozí reálné kalkulace dopadů a nevedl k efektivnímu využití pluralitní struktury zdravotní péče.

Původně plánovaná zaměstnanecká koncepce zdravotních pojišťoven (pojištěnci zdravotní pojišťovny budou současně i zaměstnanci jejího zřizovatele) byla tedy opuštěna a zákonná sazba pojistného zůstala nadále stanovena jednotně pro všechny pojišťovny, díky čemuž se konkurenční nástroje jednotlivých pojišťoven přesunuly od konkrétních aktivit oslovujících určité profesní skupiny obyvatelstva k jiným aktivitám necenového typu. Asi nejpodstatnější část těchto nástrojů tvoří preventivní programy, které jsou financovány ze zákonného fondu prevence zdravotních pojišťoven. Alokační role zdravotních pojišťoven

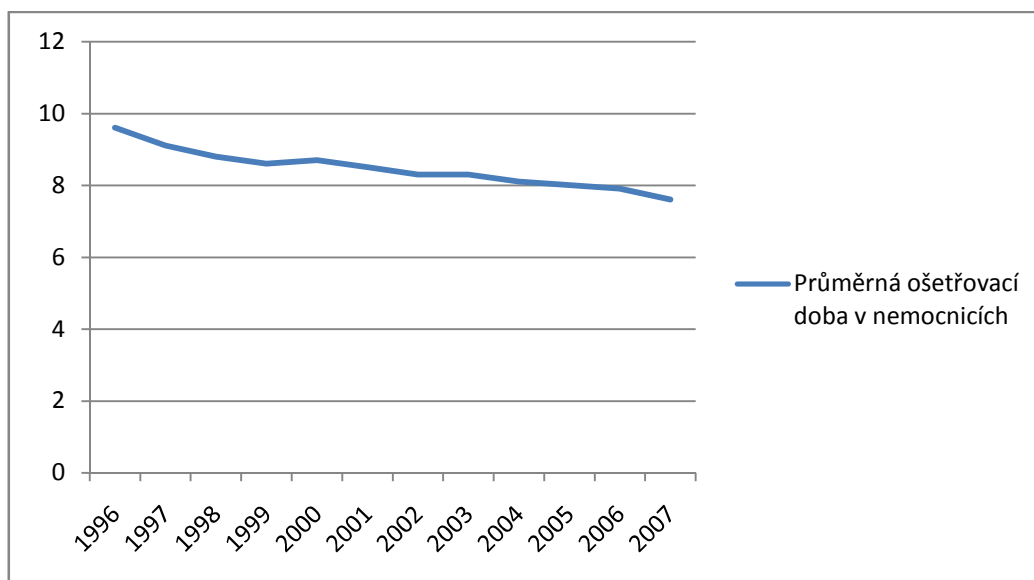
ve směru racionálního přerozdělování prostředků v rámci systému tak zůstala až do současnosti zastíněna diskusí o migraci pojištěnců a přerozdělování pojistného. [7]

V průběhu devadesátých let dochází v České republice, stejně jako v ostatních západoevropských zemích, k prosazování nových trendů v rámci poskytování zdravotní péče (např. jednodenní chirurgie), které nahradily stávající velký objem klasické nemocniční péče. Tento vývoj lze sledovat i na následujících grafech, které ukazují klesající počet lůžek ve zdravotnických zařízeních stejně jako pokles průměrné ošetrovací doby.



**Obrázek 10 - Vývoj počtu lůžek na 10 000 obyvatel, 1995 - 2007**

*Zdroj dat: UZIS dostupný online na <<http://www.uzis.cz>> [cit. 27. 3. 2009], vlastní zpracování*



**Obrázek 11 - Průměrná ošetrovací doba v nemocnicích 1996 - 2007**

*Zdroj dat: UZIS dostupný online na <<http://www.uzis.cz>> [cit. 27. 3. 2009], vlastní zpracování*

Mezi další významné události v průběhu 90. let patří konsolidace zdravotních pojišťoven jako reakce na velký nárůst jejich počtu, zakončení privatizace ambulantní péče (téměř 100% ambulantních ordinací privatizováno) a vznik prvních ryze soukromých nemocnic, růst nákladů na léčiva vlivem přesunu spotřeby k dražším lékům z dovozu a zvětšování migrace pojištěnců mezi jednotlivými pojišťovnami, což vedlo k disproporcím a následnému hledání kompenzačních mechanismů přerozdělování pojistného. [8]

Celkový počet zdravotních pojišťoven dosáhl v druhé polovině 90. let čísla 27 a jeho následná konsolidace na současný počet 10 byla složitým procesem, který byl umožněn zejména novelami zákonů č. 60/1995 Sb. a 149/1996 Sb. Tyto novely umožnily posílit kontrolní roli státu v rámci zdravotních pojišťoven, zpřísnily podmínky pro založení, kontrolu a likvidaci a v neposlední řadě i upravily nakládání s pojistnými plány zdravotních pojišťoven.

Došlo k oddělení financování zdravotnictví, sociálních služeb a nemocenského pojištění. Bylo umožněno financovat soukromá zdravotnická zařízení z veřejných prostředků. Tyto reformy byly provedeny za předpokladu, že úhradové mechanismy zdravotních pojišťoven a uvažovaná spoluúčast pacientů (ke které však nedošlo) budou garantovat samy o sobě, že žádný subjekt nebude moci neefektivně spotřebovávat veřejné prostředky. Tento



předpoklad se však ukázal být částečně chybným, neboť v reálu bylo správné fungování systému financování závislé zejména na morálních a medicínských kvalitách lékaře a chování pacientů, což vedlo k existenci silných pobídek pro morální hazard. Čistý systém výkonových úhrad, který byl zaveden na počátku devadesátých let, se tak stal jedním z hlavních faktorů velkého nárůstu výdajů, což vedlo k postupnému hledání vyváženějších modelů interakce soukromých ambulantních zařízení se zdravotními pojišťovnami a zavedení dalších úhradových metod (např. kapitační platby).

Dalším procesem, ke kterému v průběhu 90. let došlo, je růst ceny a spotřeby léků, jak ukazuje následující tabulka.

**Tabulka 8 - Vývoj nákladů na léky a spotřeby léků v ČR, 1990 - 2005**

Rok	Celkem v mld. Kč	mil. ks	Výdaje na léky na 1 obyvatele v Kč	Průměrná cena 1 balení léku v Kč
1990	6,26	344,4	605	18,2
1995	25,64	332,2	2 482	77,2
1996	28,18	325,6	2 732	86,5
1997	30,06	317,9	2 917	94,6
1998	33,32	320,4	3 236	104
1999	36,44	339,3	3 544	107,4
2000	38,39	331,6	3 737	115,8
2001	44,24	342,9	4 300	129
2002	48,03	338,3	4 709	142
2003	52,22	346	5 118	150,9
2004	55,85	327,4	5 471	170,6
2005	64,57	368,9	6 309	175

*Zdroj: Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2005. Praha: UZIS, 2006*

Další legislativní změnou bylo přijetí zákona č. 48/1997 na základě problémů se stanovením rozsahu služeb krytých ze zákona ze strany VZP. Původní předpokládaná platnost tohoto zákona byla do roku 2000, avšak s drobnými novelizačními změnami platí až dodnes. Tento zákon přinesl mimo jiné zvýšení regulačních možností zdravotních pojišťoven vůči objemu péče ve smluvních zdravotnických zařízeních a změny v dohodovacím řízení, kde došlo k oslabení role státu v rámci vyjednávání o cenách zdravotní péče.

Koncem devadesátých let začal převládat názor, že hlavní problém zdravotnictví neleží ani tak v oblasti technického nastavení systému, či konkrétních parametrů realizovaných reforem, ale spíše v nejednoznačnosti typu zdravotnického systému jako celku. V průběhu devadesátých let došlo k řadě kroků ve směru liberalizace systému, jejichž záměr byl chápán jako předstupeň konečné transformace na systém, ve kterém bude převládat soukromé zdravotní pojištění s určitou mírou veřejných prostředků zajišťujících základní zdravotní péči, míra solidarity se sníží a dojde ke zvětšení prostoru pro diferenciaci zdravotních pojišťoven na základě umožnění komerčních aktivit. Tento přístup měl regulovat zdravotní péči ze strany poptávky. Současně se objevily názory, zejména z levé části politického spektra, které chápaly dosavadní vývoj a negativní jevy s ním spojené, jako krok špatným směrem. Z tohoto pojetí vychází alternativní koncepce předpokládající zřízení orgánu správy veřejného zdravotního pojištění, zvýšení přerozdělení vybíraného pojištění a snížení míry diferenciaci mezi zdravotními pojišťovnami. Současně předpokládá zavedení systému DRG<sup>3</sup> jako jednoho z nástrojů zefektivnění úhrad zdravotní péče lůžkovým zdravotnickým zařízením. Tato koncepce se, na rozdíl od té dosavadní, orientovala především na nabídkovou stranu a zlepšení práce centrální správy veřejného zdravotnictví. Mnoho z těchto navrhovaných kroků však nebylo realizováno vůbec nebo pouze v omezeném rozsahu, vzhledem k politické neprůchodnosti navrhovaných opatření a odporu různých zájmových skupin ve zdravotnictví. Celou problematiku ještě více zkomplikovala velká fluktuace na postu ministra zdravotnictví a velké množství vesměs protichůdných navrhovaných koncepcí. Většina opatření navrhovaných v těchto koncepcích jako například zdravotně – sociální lůžko, systém DRG, sloučení zdravotního a sociálního pojištění atd., nebyla nikdy uvedena do praxe.

Z několika změn, které se povedlo prosadit na počátku našeho století, si zaslouží pozornost zejména převod lůžkových zdravotnických zařízení na krajské správy, dílčí kroky v lékové politice (snížení marží lékáren atd.), návrhy hodnocení kvality v lůžkových zdravotnických zařízeních, či diskuse o jejich neziskovém charakteru. Návrhy takzvaných „Jůlínkových reforem“, které byly bouřlivě diskutovány zejména v letech 2008 a 2009 lze v době vzniku

---

<sup>3</sup> Diagnosis Related Groups – systém skupin vztahených k diagnóze je systém klasifikace nemocných vymezující způsob vztahu mezi typem pacientů, které nemocnice léčí a náklady nemocnice na jejich léčení.

této práce zařadit do skupiny nerealizovaných koncepčních návrhů, neboť vzhledem k vývoji na politické scéně se jejich možná realizace zdá být vysoce nepravděpodobnou.

### 3.2 Subjekty působící ve zdravotnickém systému České republiky

Účastníky zdravotnického systému v ČR a hlavními subjekty působícími na trhu zdravotní péče jsou dle zákona o veřejném zdravotním pojištění pojištěnci, zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení a správní úřady. Vztahy mezi nimi popisuje následující schéma.



**Obrázek 12 - Subjekty působící v systému zdravotní péče v ČR**

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Pojištěncem se rozumí osoba s trvalým pobytem na území České republiky nebo další osoby, o nichž tak stanoví zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění nebo mezinárodní smlouva ratifikovaná Parlamentem České republiky a vyhlášená ve Sbírce mezinárodních smluv. Mezi hlavní práva pojištěnce patří právo na výběr zdravotní pojišťovny (ke změně zdravotní pojišťovny může dojít jednou za rok) a každá pojišťovna musí přijmout

jakéhokoliv pojištěnce, který projeví zájem do ní vstoupit. Dále má každý pojištěnec právo na bezplatnou zdravotní péči, pokud mu tato byla poskytnuta v podmínkách stanovených zákonem, přičemž lékař ani zdravotnické zařízení nesmí přijmout za tuto péči žádnou úhradu. Zároveň má pojištěnec právo aktivně se účastnit na kontrole zdravotní péče jemu poskytnuté. Stejně tak má pojištěnec právo na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady, jde-li o přípravky hrazené ze zdravotního pojištění. Základní povinností pojištěnce, která mu zároveň umožňuje účast v systému veřejného zdravotního pojištění, je hradit pojistné na veřejné zdravotní pojištění ve výši upravené zákonem.

Zdravotní pojišťovnou se rozumí zdravotní pojišťovna zřízená zvláštním zákonem nebo zdravotní pojišťovna, které bylo vydáno povolení k provádění veřejného zdravotního pojištění na základě zvláštního zákona. Činnost zdravotních pojišťoven je upravena zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Mezi hlavní úkoly zdravotních pojišťoven patří vybírání a přerozdělování pojistného na zdravotní pojištění, hodnocení spotřeby a potřeby zdravotní péče a následná tvorba zdravotního plánu pro příští období, dohled nad dodržováním práv pojištěnců při čerpání zdravotní péče a řízení poskytování zdravotní péče prostřednictvím smluvní politiky v rámci vztahů s poskytovateli péče.

Poskytovatelé zdravotní péče mají povinnost poskytovat tuto péči pojištěncům, za což jim náleží úhrada ze strany zdravotní pojišťovny ve výši stanovené obecně závaznými předpisy a smlouvou s konkrétní zdravotní pojišťovnou.

Mezi hlavní úkoly státu patří zejména vymezení právního rámce podmínek pro správu a fungování veřejného zdravotního pojištění, hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění z hlediska jeho celospolečenských důsledků, schvalování zdravotně pojistných plánů a výročních správ zdravotních pojišťoven a dohled nad výkonem správy zdravotního pojištění.

### 3.3 Financování systému

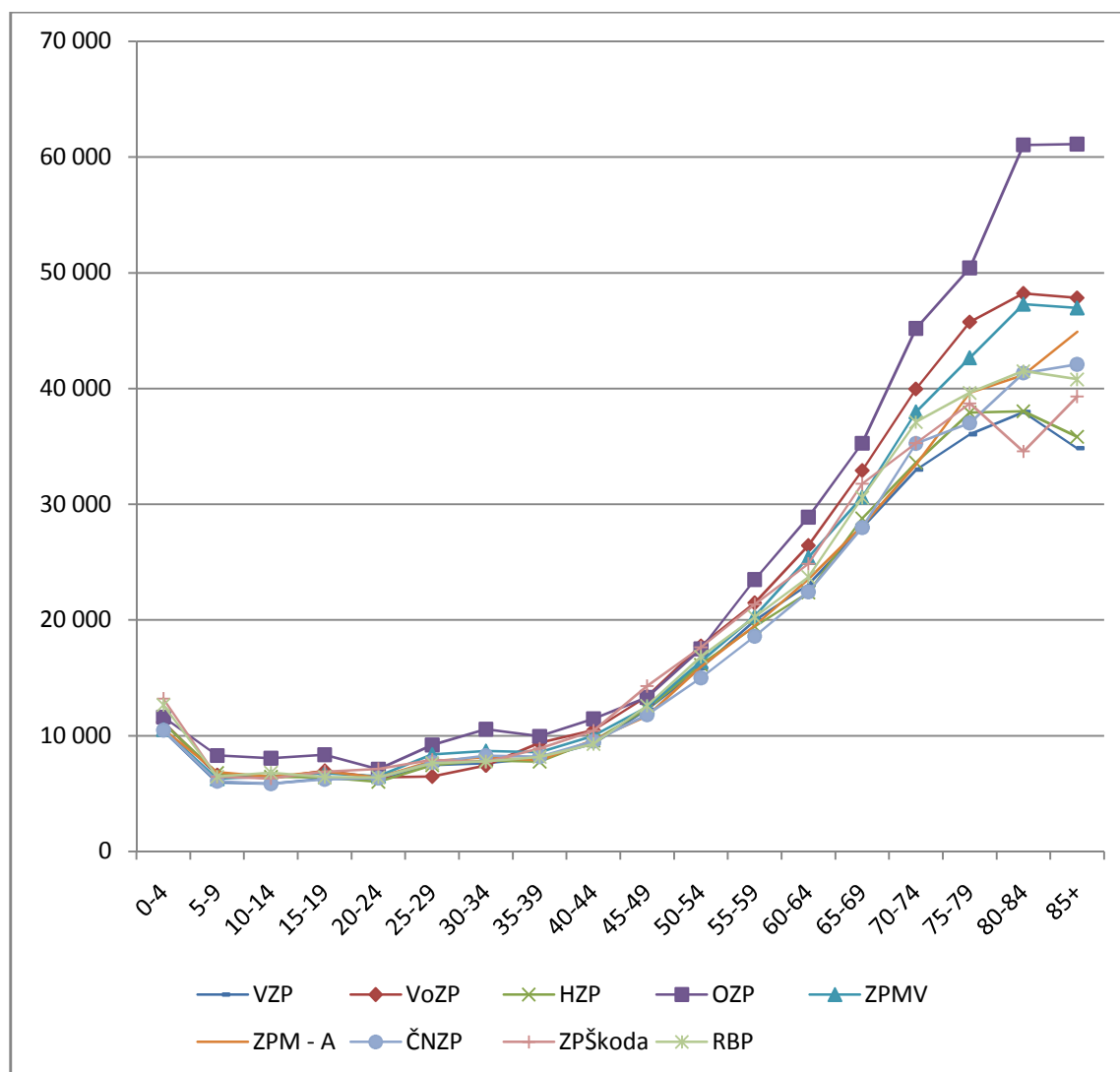
Výběr prostředků veřejného zdravotního pojištění a jejich alokace v systému jsou upraveny zákonem a realizovány prostřednictvím veřejných zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny musí předkládat svůj pojistný plán, výroční zprávu a účetní závěrku ministerstvu zdravotnictví. Tyto dokumenty posuzuje a schvaluje vláda. Výjimkou je Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), v jejím případě musí všechny dokumenty schválit přímo Parlament České republiky. Hospodaření všech zdravotních pojišťoven je tedy pod veřejnou kontrolou.

Zdravotní pojišťovny musí ze zákona vytvářet následující fondy:

- základní fond zdravotního pojištění, který slouží ke krytí úhrad za zdravotní péči dle zákona č. 48/1997 Sb.,
- rezervní fond, sloužící k tvorbě rezerv pro případ nepříznivé bilance hospodaření pojišťovny,
- provozní fond, sloužící k úhradě provozních výdajů pojišťovny v souvislosti s provozováním veřejného zdravotního pojištění,
- sociální fond, z něhož lze čerpat dle ustanovení kolektivní smlouvy,
- fond investičního majetku a reprodukce investičního majetku, sloužící k realizaci investic do dlouhodobého majetku,
- volitelně i fond pro úhradu zdravotní preventivní péče a specifické zdravotní péče, který mohou vytvářet zaměstnanecké zdravotní pojišťovny,
- taktéž volitelně fond prevence k financování preventivních programů nad rámec preventivní péče podle zvláštního zákona, ze kterého jsou hrazeny preventivní programy nad rámec veřejného zdravotního pojištění

V současné době spočívá funkce pojišťoven zejména v zajištění efektivní alokace veřejných zdrojů v mezích zákonného rámce, za využití nástrojů jako jsou různé metody úhrad zdravotní péče nebo smlouvy se zdravotnickými zařízeními. Nemalou úlohu plní zdravotní pojišťovny i v rámci kontroly, a to zejména z pohledu množství, účelnosti a druhu zdravotní péče poskytované zdravotnickými zařízeními za určité období. Občan má právo na svobodnou volbu pojišťovny. Jeho povinností je platit pojistné té pojišťovně, kterou si zvolil, čímž mu vzniká nárok na úhradu zdravotní péče. Rozsah zdravotní péče,

kteřá je hrazena ze základního fondu zdravotního pojištění, je jednotný, diferenciace v rámci pojišťoven je umožněna pouze u fondu preventivní péče. Struktura pojištěnců v rámci jednotlivých pojišťoven je však odlišná, stejně jako absolutní výše jejich příspěvků do systému, z čehož vyplývá problematika pohybu pojištěnců mezi pojišťovnami a dopady tohoto pohybu na zdravotní péči. Tento fakt můžeme pozorovat i na následujícím grafu rozdělení nákladů jednotlivých pojišťoven dle věkové struktury jejich pacientů.



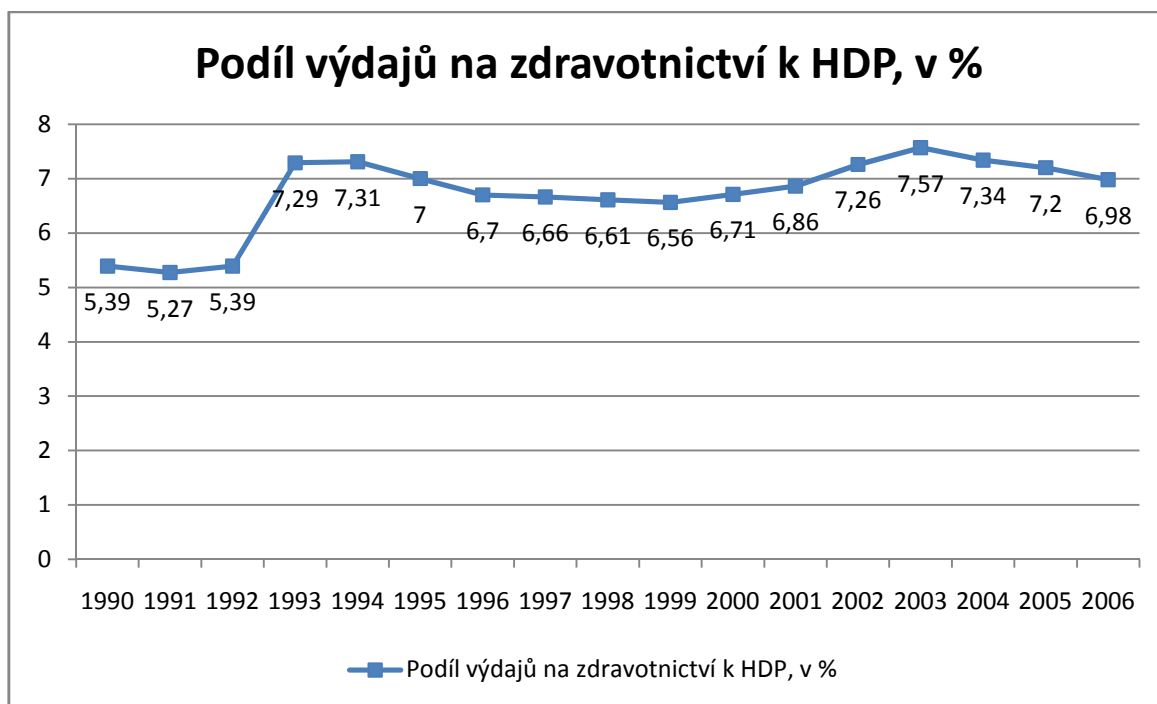
**Obrázek 13 - Průměrné náklady zdravotních pojišťoven dle věkových skupin v roce 2005**

Zdroj: GOULLI, R., MERTL, J., PASOVSKA, L., VESELA, M. *Konkurence za veřejné peníze? Praha: Eurolex Bohemia 2006.*

Z tohoto faktu vyplývá nutnost přerozdělování pojistného v rámci systému, kdy na základě zákona o všeobecném zdravotním pojištění je převáděna část pojistného na společný účet spravovaný Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, kde jsou tyto prostředky přerozděleny podle struktury pojištěnců každé konkrétní pojišťovny. Takto přerozdělovaná část se do roku 2003 pohybovala na úrovni 60 % vybraného pojistného. V roce 2004 došlo k novelizaci, jejímž záměrem byl postupný náběh na 100 % přerozdělování vybraného pojistného. Hlavním cílem této novelizace je omezení motivace pro „cream-skimming“ ze strany pojišťoven (cílené vybírání pojištěnců podle výše jejich pojistného či předpokládaných nákladů na jejich zdravotní péči).

Výše pojistného je dána zákonem v jednotné výši pro všechny pojištěnce jako procentuální část jeho hrubého příjmu a proti ní je symetricky postaven standard zdravotní péče definovaný v zákoně č 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. V současné době činí výše pojistného v ČR 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období a snižuje plátcům daňový základ. V případě zaměstnanců se třetinou pojistného podílí zaměstnanec sám, dvěma třetinami se podílí zaměstnavatel. Pojistné za tzv. společensky uznané osoby, mezi něž patří např. děti, důchodci, nezaměstnaní atd., hradí stát. Počet státních pojištěnců je poměrně vysoký a dlouhodobě se pohybuje na úrovni 57 % ze všech zdravotně pojištěných, kteří však spotřebovávají většinu nákladů na zdravotní péči. Podíl pojistného placeného státem na celkově vybraném pojistném však klesá a to z 29 % v roce 1993 na 23 % v roce 2007.

U podílu nákladů na HDP lze sledovat počáteční nárůst v souvislosti se zavedením pojistného systému a rozvojem techniky náročných léčebných metod a jeho pozdější stabilizaci okolo hodnoty 7 % z HDP, jak ukazuje i následující graf. V mezinárodním srovnání je tento poměr poměrně nízký, jak můžeme porovnat i s údaji z předchozí kapitoly (Německo 2004 – 10,6 %, USA 2004 – 15,3 % a Velká Británie 2004 – 8,1 %).

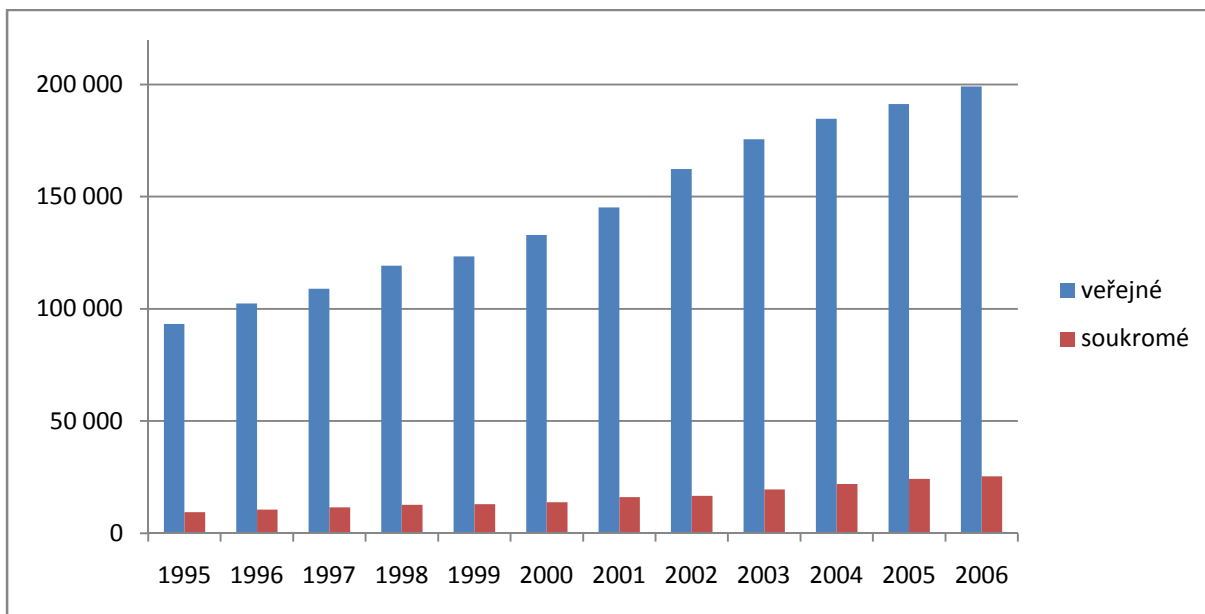


**Obrázek 14 - Vývoj podílu výdajů na zdravotnictví v ČR k HDP, 1990 - 2006, v %**

*Zdroj dat: Zdravotnictví České Republiky 2006. Praha: UZIS, 2007*

Absolutní výdaje na zdravotnictví v ČR se dlouhodobě zvyšují, jak vyplývá i z následujících informací. Výdaje ve stálých cenách vzrostly mezi lety 1995 až 2004 o 21 %. Na základě současných prognóz by se mohl zvýšit podíl veřejných výdajů do roku 2050 až na 11,4 % HDP. Z těchto údajů vyplývá nutnost institucionálních změn, důrazu na prevenci ztráty zdraví a trvalého sledování efektivity léčby hrazené z veřejných prostředků. Nemalou roli bude samozřejmě hrát také vývoj výkonu ekonomiky. [15]





**Obrázek 15 - Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví v milionech Kč, 1995 - 2006**

*Zdroj dat: Zdravotnictví České Republiky 2006. Praha: UZIS, 2007*

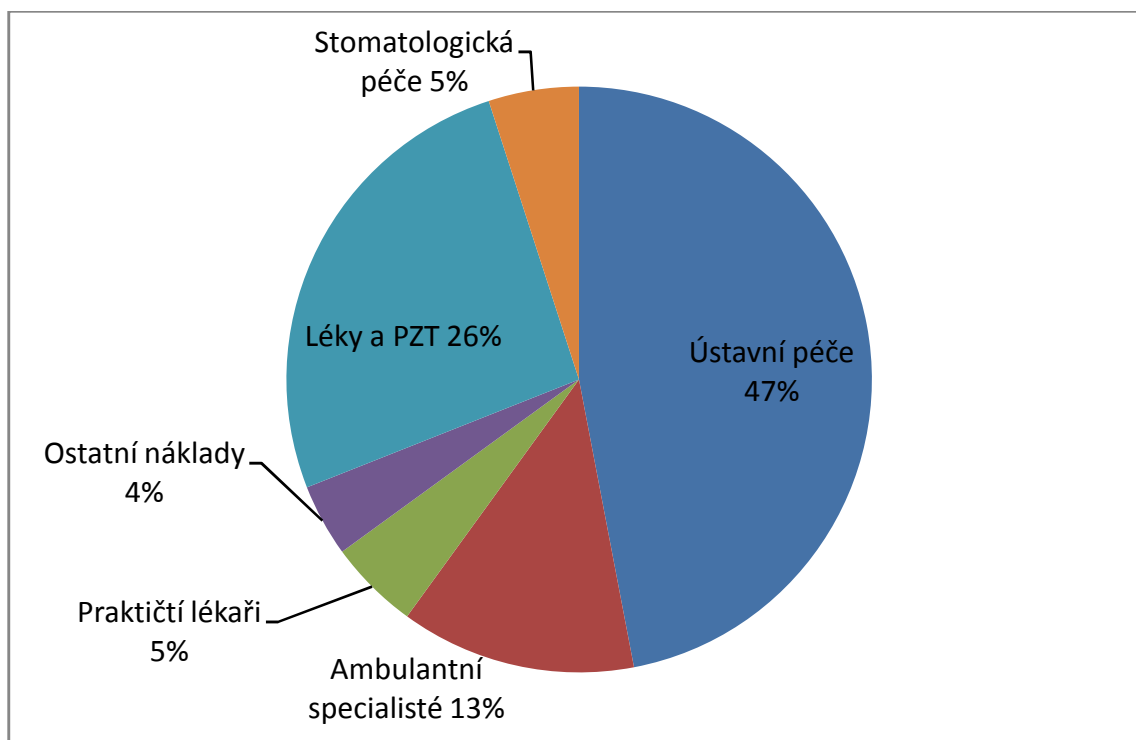
**Tabulka 9 - Výdaje na zdravotnictví v ČR, 1995 - 2006**

Rok	Výdaje v mil. Kč			Výdaje na 1 obyv.	Podíl výdajů na HDP v %
	Celkem	v tom			
		veřejné	soukromé		
1995	102 664	93 309	9 355	9 938	7
1996	112 939	102 400	10 539	10 949	6,71
1997	120 655	109 033	11 622	11 710	6,66
1998	131 929	119 267	12 662	12 815	6,61
1999	136 440	123 453	12 987	13 269	6,56
2000	146 835	132 962	13 873	14 294	6,71
2001	161 300	145 206	16 094	15 776	6,86
2002	178 923	162 297	16 626	17 540	7,26
2003	195 155	175 592	19 563	19 130	7,57
2004	206 752	184 825	21 927	20 256	7,34
2005	215 584	191 356	24 228	21 065	7,2
2006	224 634	199 193	25 441	21 880	6,98

*Zdroj dat: Zdravotnictví České Republiky 2006. Praha: UZIS, 2007*

Následující graf ukazuje náklady zdravotních pojišťoven na jednotlivé typy péče v roce 2006. Z uvedených údajů lze pozorovat poměrně vysoký podíl výdajů na léky, nízký podíl

nákladů na péči praktických lékařů a v neposlední řadě také poměrně silný segment ambulantních specialistů.



**Obrázek 16 - Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR, 2006**

*Zdroj dat: Zdravotnictví České Republiky 2006. Praha: UZIS, 2007*

Původní výkonová forma úhrady nákladů zdravotnickým zařízením byla postupně rozšířena o celou řadu úhradových metod. U praktických lékařů byl zaveden systém kapitačních plateb, v nemocnicích je zkoušena česká varianta úhrad na základě systému DRG atd. Tyto metody jsou významným měřítkem činnosti a efektivnosti zdravotnických zařízení a jsou navázány na výdajové limity specifikované v úhradových vyhláškách, jejich konkrétní nastavení je však otázkou smluvního vztahu v rámci vyjednávání na jednotlivých úrovních poskytování zdravotní péče. Každá z těchto metod má své výhody a nevýhody, jak ukazuje i následující tabulka.

**Tabulka 10 - Úhradové mechanismy a jejich vliv na poskytovatele zdravotní péče**

	Prevence onemocnění	Poskytování zdravotní péče	Splnění očekávání ze strany pacientů	Výše nákladů
Účelově vázaný rozpočet	+/-	--	+/-	+++
Globální rozpočet	++	--	+/-	+++
Kapitační platba	+++	--	++	+++
DRG	+/-	++	++	++
Výkonová platba	+/-	+++	+++	---

(+++ velmi kladný efekt, ++ kladný efekt, +/- nejasný efekt, -- záporný efekt, --- velmi záporný efekt)

Zdroj: World Health report 2000. Geneve: WHO, 2000,

<[http://www.edscuola.com/archivio/handicap/whr\\_02.pdf](http://www.edscuola.com/archivio/handicap/whr_02.pdf)>, [cit. 20. 4. 2009]

### 3.4 Fungování systému jako celku, analýza nedostatků

Zdravotnický systém v České republice nesporně dosahuje velmi pozitivních výsledků v mnoha ohledech. Jako příklad můžeme uvést zahájení realizace mnohých programů na podporu zdraví, úmrtnostní charakteristiky a životní styl občanů či dostupnost nových léčebných technologií v rámci systému poskytování zdravotní péče. I přes sociálně – ekonomické změny, ke kterým došlo v průběhu devadesátých let, se českému zdravotnictví daří řešit širokou škálu potřeb obyvatelstva a úspěšně tak rozvíjet dlouhodobou tradici kvalitní lékařské péče, což dokazují například prodlužující se střední délka života nebo významné úspěchy na poli novorozenecké úmrtnosti. Z hlediska kvality a dostupnosti zdravotní péče dosahuje systém i v mezinárodním srovnání velmi dobrých výsledků, často dokonce za výrazně nižší zdroje vložené do systému.

Mezi hlavní problémy českého systému zdravotnictví z ekonomického hlediska lze řadit:

- opakované deficity českého zdravotnictví, jejichž příčiny jsou částečně objasněny v závěru 1. kapitoly,
- omezení zdrojů plynoucích do zdravotnictví zákonnou sazbou pojistného a vývojem ekonomiky,

- prodlužující se průměrný věk a rostoucí podíl starších pacientů na nákladech systému,
- zavádění nových, finančně náročných metod léčby,
- nárůst počtu jednooborových zdravotnických zařízení, zabývajících se prováděním finančně výhodných a dobře ohodnocených výkonů, které jsou obvykle finančně velmi náročné (dialýza, oční operace)

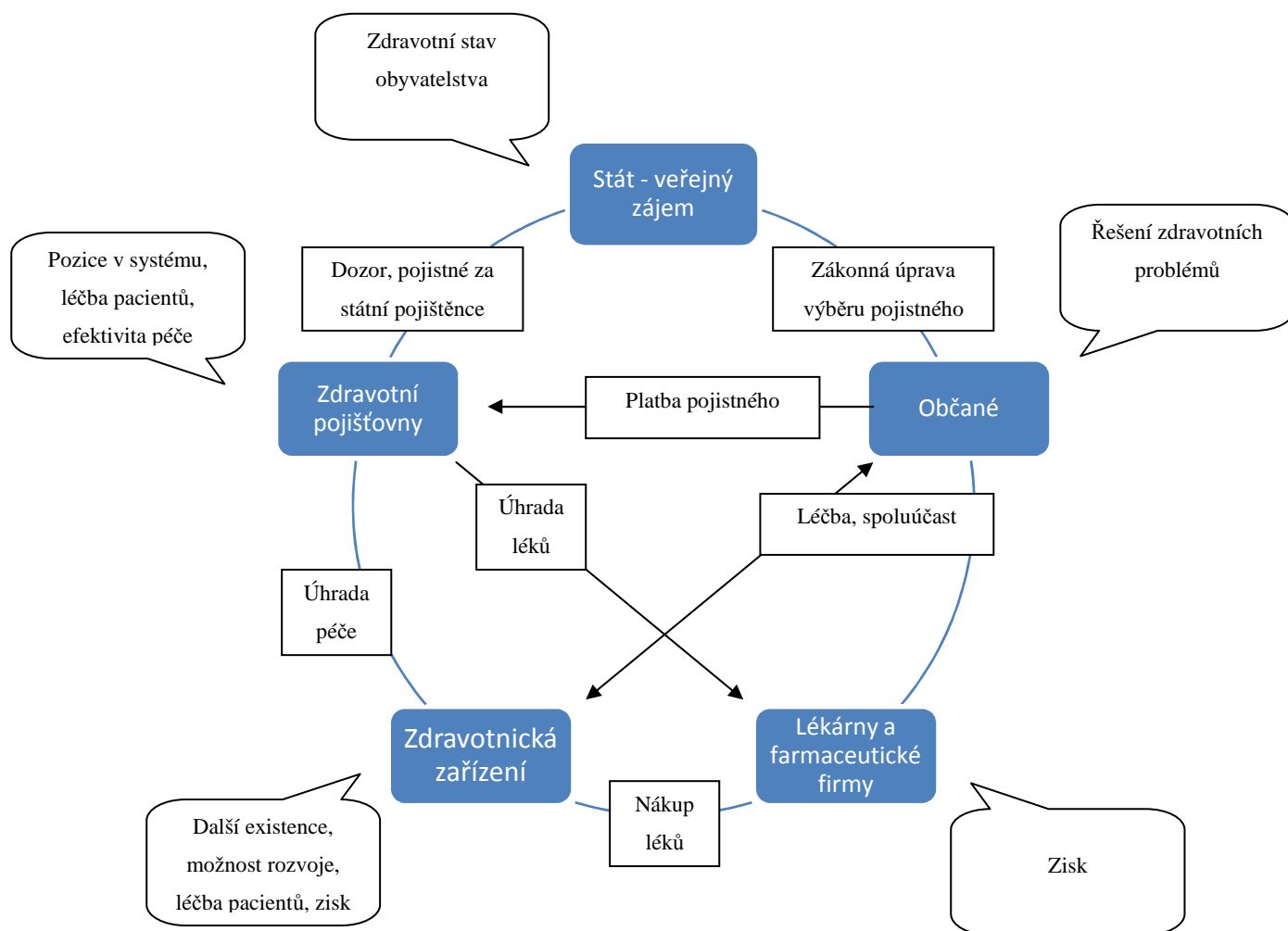
Výsledkem existence těchto problémů je trvalý nárůst výdajů na zdravotnictví, který lze jen těžko nazvat ekvivalentním k zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Relativní podíl výdajů na zdravotnictví k HDP zůstává stabilní, díky navázání zdrojů systému na výkon ekonomiky.

Český systém financování zdravotnictví lze v současné době nazvat duálním. U poskytování základní nemocniční péče odpovídá spíše systému veřejně financovanému (V – V), ale zároveň s výdaji určenými na úrovni ministerstva zdravotnictví (určování platových tabulek pro nemocnice, které mají právní formu příspěvkové organizace). Systém ambulantní péče odpovídá veřejně financovaným zdravotnickým zařízením, kde zřizovatelem je soukromá osoba, obvykle lékař sám, ale i soukromí podnikatelé, kteří mohou provozovat soukromé ambulance (V – S). Tato dualita je jedním ze zdrojů problémů v systému, neboť vytváří rivalitu mezi jednotlivými skupinami, které jsou financovány na základě různých principů.

Specifický je i mechanismus fungování veřejného zdravotního pojištění v České republice. Ve srovnání například s německým systémem nejsou sazby pojistného diferencovány mezi pojišťovnami, ale jsou určeny na úrovni centrální autority a jejich relativní podíl na hrubé mzdě se od vzniku veřejného zdravotního pojištění nezměnil. Navíc je v SRN například daleko menší podíl pojištěnců, za které platí pojistné stát. Dalším specifikem, které odděluje náš systém od většiny systémů ve státech Evropské Unie je existence jedné velké Všeobecné zdravotní pojišťovny a mnoha daleko menších zaměstnaneckých pojišťoven. Pozice Všeobecné zdravotní pojišťovny je mezi ostatními zdravotními pojišťovnami velmi dominantní a lze říci, že splňuje všechny atributy označení „too big to fail“ v současnosti často používaného ve spojení s bankovním sektorem a problémy obřích korporací. Na jedné straně je tedy zodpovědná za stabilitu celého systému, ale i např. financování velmi

nákladných zákroků, na straně druhé se potýká s neefektivností hospodaření a musela být několikrát oddlužena ze strany státu.

Na základě výše uvedených informací lze konstatovat, že české zdravotnictví je ovlivňováno často protichůdnými zájmy jednotlivých subjektů. Následující schéma ukazuje hlavní aktéry systému a jejich hlavní cíle.



**Obrázek 17 Zájmy a vztahy hlavních aktérů českého zdravotnictví**

*Zdroj: vlastní úvaha, zákon č. 48/1997 Sb.*

Z uvedeného schématu vyplývá, jak obtížné je sladit vyhraněné zájmy jednotlivých účastníků systému. Ti aktéři, kterým se podaří lépe prosadit své zájmy, mají v případě

selhání státu možnost zvyšovat zdroje čerpané ze systému ve svůj prospěch, aniž by současně přispívali ke zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva.

Hlavním problémem systému, vzhledem ke kladně hodnocené úrovni péče, je tedy, jak už bylo řečeno, zejména jeho financování, resp. jeho opakující se deficity. Tyto deficity se pak projevují zejména zpožděnými platbami zdravotních pojišťoven zdravotnickým zařízením. Na základě závěrů z první kapitoly a výše uvedených informací lze konstatovat, že deficity jsou hlavním projevem neefektivnosti českého zdravotnictví, který v sobě opakovaně kumuluje nedostatky vzniklé při procesu dohadování o cenách zdravotní péče a také disproporci v pluralitním prostředí veřejných zdravotních pojišťoven.

I přestože bylo zdravotní pojištění odděleno ze státního rozpočtu, stále přetrvává efekt veřejného financování a to díky platbám za tzv. státní pojištění, které jsou prováděny transferem ze všeobecných daní. Výše tohoto státem placeného pojistného závisí právě na rozhodnutí státních orgánů a celý systém je tak významně ovlivňován politickým rozhodnutím. V souvislosti s tím bývá problém deficitu často řešen právě zvýšením této částky, která v podstatě nemůže být nikdy stanovena objektivně, neboť stát platí pojistné za velmi velkou skupinu pojištěnců, jejichž náklady na zdravotní péči patří k těm vyšším (staří lidé, invalidé, děti). Tato platba má tedy spíše charakter transferu ze státního rozpočtu veřejným zdravotním pojišťovnám, nežli skutečné kompenzace nákladů na státní pojištění. V jistém smyslu tedy lze srovnávat zvyšování částky státem placeného pojistného s jednorázovým vyrovnáváním deficitu systému zdravotního pojištění, resp. oddlužování zdravotních pojišťoven.

V takto nastaveném prostředí pak mohou být nároky zdravotnických zařízení orientovaných na zisk vždy doprovázeny tlakem na změnu úhrady za státní pojištění, ať už ve smyslu zvýšení částky státem placeného pojistného nebo změnou jejich pozice v systému, každopádně však vždy ve směru zvýšení prostředků plynoucích do zdravotnictví. Tento fakt nemusí být primárně negativní, neboť levné zdravotnictví neznamena rovněž dobré zdravotnictví, ale na druhé straně nestanovuje ani strop pro navyšování prostředků, ani nezaručuje efektivnost využívání těchto zdrojů. Pokud tedy ziskově orientované subjekty v systému zdravotnictví nebudou mít na druhé straně partnera s rozpočtovým omezením (jakým stát v současnosti není, neboť vždy budou existovat tlaky na zvýšení či změnu alokace prostředků plynoucích do systému), je jejich

existence v systému neefektivní a musí být upravena nebo alespoň významně omezena administrativními kritérii.

Dalším významným problémem českého zdravotnictví je léková politika a trvale rostoucí náklady na léčebné prostředky. Podíl těchto nákladů na celkových nákladech zdravotních pojišťoven je výrazně vyšší než průměr EU (v ČR přibližně 26 %, průměr EU přibližně 16 – 18 %). Počet obyvatel na jednu lékárnu se snížil z 11 303 v roce 1990 na 4 327 v roce 2006<sup>4</sup>. V tomto ohledu bývá často diskutována maximální výše marže, o níž se dělí distributoři léků a lékárny, a také způsob nákupu nákladných léčiv zejména pro lůžková zdravotnická zařízení, který provádí pouze VZP. V této otázce je velmi významný vliv tlaku výrobců a distributorů léčiv, kteří jsou často v informační výhodě oproti svým partnerům ve vyjednávání o cenách a této výhody nezřídka využívají k navýšení těchto cen a tím i svého zisku. Tato problematika však není předmětem této práce, tudíž se jí nebudu detailně zabývat.

V českém zdravotnictví také velmi významně působí problém odlišného chápání a nahlížení na snahy o úspory a regulaci výdajů. Snaha o úsporu finančních prostředků či zefektivnění jejich alokace v systému bývá často medializována ze strany zdravotnických zařízení jako ohrožení kvality péče o pacienty nebo samotné existence těchto zařízení. Nejinak bývá chápáno i stanovení limitů na odběr léků nebo i případné administrativní omezení počtu lékáren. Je-li restrikce realizována na celosystémové úrovni (poplatky u lékaře, poplatky za odběr léků, spoluúčast pacientů) a omezuje tak stranu nabídky, není chápána pozitivně ani jedním z aktérů systému, i přes její kladné vlivy na zneužívání zdravotní péče (vysoký počet návštěv u lékaře, nadspotřeba léků, atd.). Takováto regulace pak vždy naráží na existenci objektivní potřeby zdravotní péče, sociální a politickou průchodnost spoluúčasti pacientů, chápání této spoluúčasti pouze jako další zdroj prostředků plynoucích do systému, bez ohledu na konkrétní regulační funkci či případný prospěch pacienta. Široká veřejnost je obecně přesvědčena, že pokud platí řádně zdravotní pojištění, není důvod doplácet na zdravotní péči. Tento stav poté velmi komplikuje zavádění jakýchkoliv úsporných či regulačních opatření.

---

<sup>4</sup> Údaje UZIS, 2008.

Další problémy vyplývající ze současného systémového nastavení vazeb mezi jednotlivými subjekty systému zdravotnictví jsou zejména:

- duální struktura zdravotnických zařízení a absence jasných pravidel pro čerpání prostředků z veřejného zdravotního pojištění,
- neúměrné požadavky zdravotnických zařízení, zejména v soukromém vlastnictví, které nejsou ošetřeny globálními rozpočty či dlouhodobými smlouvami,
- platba pojistného státem za více než polovinu účastníků systému,
- existence cyklických deficitů, které jsou sice vždy nějakým způsobem uhrazeny, ale neustále se opakují.

### **3.5 Možné cesty budoucího vývoje**

V první kapitole bylo popsáno několik, ať již čistě teoretických, či v praxi fungujících zdravotnických systémů a jejich fungování ve vztahu k pacientům a poskytovatelům zdravotní péče. Budoucí směřování systému zdravotnictví v České republice závisí v současné době, stejně jako již mnohokrát v minulosti, na politické situaci a jejím vývoji. Na základě informací poskytnutých v této práci lze však abstrahovat od politických vlivů a pokusit se nastínit možné „vhodné“ směřování systému na základě objektivních skutečností a vlastností různých zdravotnických modelů.

Transformace na obdobu britského systému veřejné zdravotní služby není dle mého názoru příliš vhodná, neboť kromě obecných negativ tohoto modelu, uvedených v první kapitole, je navíc pozice státu v ČR dosti problematická vzhledem k vysoké míře korupce, rent-seekingu a dalších negativních jevů, ovlivňujících jeho potenciální roli v tomto systému jako přímého poskytovatele zdravotní péče<sup>5</sup>.

Stejně tak lze, na základě argumentů uvedených v této práci a akceptování přístupů EU a WHO ke zdraví a zdravotní politice, celkem jasně odmítnout jakékoliv experimenty, které by vyloučily financování a poskytování zdravotní péče z veřejné kontroly a znamenaly obecnou individualizaci zdravotních rizik ve smyslu výrazného snížení stupně solidarity.

---

<sup>5</sup> Podle Transparency International na žebříčku indexu korupce, který v roce 2008 zahrnuje 178 zemí, se Česká Republika umístila na 45. místě, a mezi evropskými zeměmi patří k nejhorším.



Takovéto modely ve světě existují, ale nejsou obvyklé v evropském prostředí a současně bývají značně nákladnější než systémy financované z veřejných zdrojů. Jako hlavní argument lze uvést roli veřejných prostředků, které mají v takovém systému pouze sanační roli a jsou poskytovány omezené skupině obyvatelstva, což má za následek vystavení velké části obyvatelstva zdravotnímu riziku (např. v USA je 15 % obyvatelstva bez zdravotního pojištění) a toto pojetí do značné míry odporuje pojetí služeb obecného zájmu, do něž je zdravotnictví v rámci Evropské Unie zařazeno.

Východisko pro Českou republiku lze tedy vidět v rozvoji současného systému pluralitní vlastnické struktury zdravotnických zařízení, která budou systematicky a efektivně financována převážně z veřejných zdrojů. To nijak nevylučuje možnost, že tyto veřejné zdroje může spravovat více subjektů, jejichž hlavní úlohou je zejména efektivní alokace prostředků do pluralitní struktury zdravotnických zařízení. Mohou také poskytovat určité nadstandardní služby svým pojištěncům, a tím si i do jisté míry konkurovat, to však pouze za striktního oddělení soukromých prostředků získaných od klientů na základě smlouvy od veřejných prostředků získaných na základě zákona.

Dále lze uvést několik bodů, do kterých jsou shrnuty podstatné skutečnosti, které by neměly být v rámci dalšího vývoje českého zdravotnictví opomíjeny:

- Volba jasného, stabilního a funkčního modelu zdravotnického systému. Většina vyspělých ekonomik dospěla k současnému stavu postupným vývojem, česká ekonomika byla v rámci transformace postavena před nutností reformy a volby z existujících variant. Oscilace mezi liberálním tržním pojetím a systémem veřejné zdravotní služby, ke které stále v ČR dochází, není nadále možná a je třeba zvolit jasnou cestu a základní principy systému.
- Udržení a rozvoj kvality zdravotní péče na všech úrovních zdravotnictví, zejména pak na úrovni primární péče. Smysl investic do nákladných a technologicky pokročilých zdravotnických center se ztrácí, pokud není zajištěna primární péče a dostatečné ošetření pacientů u praktických lékařů.
- Posouzení vhodnosti delegování určitých pravomocí a povinností státu na další subjekty v systému. Role státu se poté mění z pozice vykonavatele na pozici dohlázele, která může, ale také nemusí být výhodnější, to závisí na charakteru

činností. Hlavním úkolem státu je pak především vytvoření pravidel a prostředí, ve kterém mohou být tyto činnosti vykonávány ostatními subjekty efektivněji.

- Zachování pluralitní sítě poskytovatelů zdravotní péče, přičemž nezisková zařízení budou tvořit základ lůžkové péče. Péče ambulantní je již v současnosti plně v soukromých rukou a zde je potřeba zajistit její dostupnost. Současně, v souvislosti s nákladným vybavením ambulantních ordinací, je nutné posílit kompetence zdravotních pojišťoven při alokaci zdrojů do investičně náročných aktivit, avšak zamezit spekulativnímu nákupu drahé zdravotnické techniky.
- Detailní sledování možných úniků veřejných zdrojů do individuálních zájmů jednotlivých aktérů. To se může projevovat formou rent-seekingu na úrovni veřejné správy bez adekvátních efektů na zlepšení zdravotního stavu pacientů.
- Pojetí zdraví z širšího hlediska, zejména se zaměřením na jeho podporu a ochranu. Nelze na zdraví nahlížet pouze ze strany léčby aktuálních zdravotních problémů (strana poptávky po zdravotní péči), je nutné brát v úvahu všechny aspekty, které ovlivňují zdravotní stav populace a dbát na prevenci a předcházení zdravotním obtížím.
- Posuzovat motivační efekty konkrétních opatření nejen z ekonomického, ale i z medicínského a společenského hlediska. Jak bylo konstatováno, různé subjekty zdravotnictví mají různou motivaci, a na všech článcích v systému jsou „pouze“ lidé, jejichž subjektivní cíle mohou být zcela odlišné od těch systémově nastavených, a jsou zcela zásadní pro dlouhodobou stabilitu celého systému. Stejně tak je nutné brát v úvahu, že zejména ve zdravotnictví hrají významnou roli mezilidské vztahy, empatie, emoce, víra atd. a pokud na ně není kladen dostatečný důraz, může to přinést negativní a mnohdy i fatální následky.

Předmětem této práce není navrhnout celkovou koncepci zdravotnického systému v ČR, ale zhodnotit ekonomické aspekty určitých kroků v rámci systému zdravotní péče. Některé z výše uvedených opatření jsou spíše úkolem pro zdravotní politiku. V souladu s ekonomickým zaměřením lze však uvést několik problémů, při jejichž řešení lze využít ekonomických nástrojů a to zejména:

- Vymezení pozice státu, který bude fungovat jako regulátor a tvůrce pravidel a přenesení jeho kompetencí na další subjekty trhu.

- Ocenění a zvýhodnění prevence a zdravého životního stylu občanů.
- Adekvátní uplatnění spoluúčasti pacientů tam, kde má tento regulační nástroj své opodstatnění, či kde za ni pacient získá adekvátní protihodnotu v podobě zvýšení kvality služeb či zvýšeného komfortu. Nesmí však zabránit v přístupu k adekvátní zdravotní péči ani ji jakýmkoliv způsobem omezovat.
- Umožnit existenci více zdravotních pojišťoven s cílem zefektivnění alokace prostředků do systému a existenci ekonomických pobídek k volbě zdravotní pojišťovny občanem.

## **4 Postavení zdravotních pojišťoven v ČR ve srovnání s ostatními porovnávanými systémy**

Z informací uvedených v předchozích kapitolách jasně vyplývá, že postavení zdravotních pojišťoven v České republice je odlišné od všech tří systémů porovnávaných v druhé kapitole. Úkolem této kapitoly je zhodnotit postavení zdravotních pojišťoven v ČR a jeho specifika, porovnat ho s ostatními systémy a navrhnout možné změny v tomto postavení na základě informací uvedených v předchozích kapitolách.

### **4.1 Zdravotní pojišťovny v České republice**

Jak již bylo několikrát zmiňováno, v České republice existuje pluralitní systém zdravotních pojišťoven. V současnosti existují dva typy zdravotních pojišťoven a to:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna, jejíž působnost je upravena zákonem č. 551/1991 Sb.
- Oborové, resortní, podnikové zdravotní pojišťovny, jež se řídí zákonem č. 280/1992 Sb.

Z výše zmíněného vyplývá, že přestože existuje pluralitní systém zdravotních pojišťoven, nejsou si zdravotní pojišťovny „rovnými hráči“. Z právního hlediska zde existuje dualita právních vztahů, tedy nerovnost pozice VZP a ostatních zdravotních pojišťoven. Z hlediska počtu pojištěnců sice relativní podíl pojištěnců VZP mírně klesá, stále se však pohybuje bezpečně nad 60 procenty, přičemž podíl ani jedné z ostatních pojišťoven nepřesahuje 10 procent všech pojištěnců.

Zdravotní pojišťovny se zabývají výběrem pojistného, úhradami zdravotní péče a zdravotnického zařízení. Hlavním úkolem je efektivní přerozdělování veřejných zdrojů. Dalšími podstatnými funkcemi zdravotních pojišťoven je funkce kontrolní a regulační.

Zdravotní pojišťovny jsou povinny předkládat Ministerstvu zdravotnictví pojistný plán, výroční zprávu a účetní uzávěrku. Zdravotní pojišťovny hospodaří s veřejnými prostředky, jejich fungování je pod veřejnou kontrolou.

Jako první zdravotní pojišťovna vznikla v roce 1992 již zmiňovaná Všeobecná zdravotní pojišťovna. K 1. 1. 1993 zahájily svou činnost další zdravotní pojišťovny. V polovině 90. let se některé zdravotní pojišťovny začaly potýkat s vážnými finančními problémy a musely trh opustit.

V současné době je možné vybrat si z 10 zdravotních pojišťoven:

1. Všeobecná zdravotní pojišťovna,
2. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra,
3. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,
4. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky,
5. Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna,
6. Hutnická zaměstnanecká pojišťovna,
7. Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance,
8. Česká národní zdravotní pojišťovna,
9. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
10. Zdravotní pojišťovna Média.

Všechny zdravotní pojišťovny jsou otevřené pojišťovny, mají povinnost přijmout každého, kdo splňuje zákonné podmínky účasti na veřejném zdravotním pojištění. Přestup je možný jedenkrát do roka vždy k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí, výjimkou je pojišťovna, která by byla v nucené správě a je tedy možný přestup k prvnímu dni měsíce. Zákonné podmínky účasti na veřejném zdravotním pojištění splňují tyto osoby:

- osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky,
- osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území České republiky.

## **4.2 Srovnání postavení zdravotních pojišťoven v ČR a ostatních popisovaných systémech**

Postavení zdravotních pojišťoven ve zdravotnických systémech porovnávaných v rámci 2. kapitoly je poměrně jasně účelně definováno. Oproti tomu postavení zdravotních pojišťoven, zejména těch zaměstnaneckých je v současné době dosti diskutabilní, jak vyplývá i z následujícího srovnání.

Pokud je systém financování zdravotnictví postaven na principu odvodu z příjmů ve formě všeobecných daní, jako je tomu například ve Velké Británii, odpadá nutnost existence zdravotních pojišťoven jako instituce pro výběr, správu a alokaci prostředků určených ke krytí zdravotní péče, neboť tyto prostředky jsou vybírány jako součást daní a až následně přerozdělovány pomocí příslušných orgánů (Strategic health authorities) mezi zprostředkovatele zdravotní péče. Institut zdravotní pojišťovny jako takové je využíván pouze v malé míře v systému dobrovolného soukromého zdravotního pojištění, který funguje jako doplňková forma veřejného systému. Tyto pojišťovny pak nabízejí pouze několik málo produktů (např. krytí stomatologické péče, spoluúčasti, atd.), jejichž konstrukce je na bázi klasického komerčního pojištění s pevně stanoveným pojistným za krytí přesně definovaných rizik.

Oproti tomu tržní systém v USA již využívá zdravotních pojišťoven v rámci zdravotnického systému v daleko větší míře. Tyto pojišťovny jsou obvykle v soukromém vlastnictví, mohou vytvářet zisk a spravují soukromé prostředky vybrané ve formě pojistného od svých klientů. Za toto pojistné nabízejí krytí nákladů spojených s poskytováním předem definované zdravotní péče prostřednictvím smluvně zajištěných poskytovatelů. Výše pojistného je určována individuálně na základě zdravotních rizik každého jedince a jeho finančních možností, v praxi jsou nabízeny určité pojistné plány, které za smluvně stanovenou cenu zajišťují specifickou, opět smluvně určenou, péči.

Ačkoliv v obou těchto systémech se setkáváme se zdravotními pojišťovnami, jejich případné srovnání se zdravotními pojišťovnami v České republice by nebylo dostatečně možné ani nikterak přínosné, neboť tyto zdravotní pojišťovny se zabývají nakládáním se

soukromými finančními prostředky, které jim jejich klienti svěřují na základě jejich svobodného rozhodnutí. V České republice, stejně jako ve třetím z porovnávaných systémů je však situace odlišná a alespoň částečné porovnání zasluhuje.

Zdravotnický systém v SRN, stejně jako systém v současnosti uplatňovaný v České republice, je takzvaně garantovaným systémem. To znamená, že stát garantuje účastníkům tohoto systému prostřednictvím zákona určitou úroveň zdravotní péče. V historickém vývoji zdravotnických systémů SRN a ČR můžeme pozorovat celou řadu společných znaků, ať už implementaci zdravotnického systému bismarckovského typu v Československé republice v průběhu 20. let minulého století, orientaci na zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, ale i obdobný vývoj v bývalé NDR a ČSR po druhé světové válce. Není proto náhodou, že se tvůrci nově vznikajícího systému zdravotnictví v ČR na počátku devadesátých let inspirovali právě systémy uplatňovanými například v SRN či Nizozemí, tj. garantovanými systémy s veřejným zdravotním pojištěním.

Rozhodující část zdrojů zdravotního pojištění je v České republice získávána od ekonomicky aktivních obyvatel na základě zákona. V tomto lze spatřovat i základní princip solidarity, neboť jednotlivé subjekty platí pojistné nikoli podle svého rozhodnutí, ale v zákonem stanovené výši a úměrně svým příjmům, za což je pojištěnci garantováno hrazení zdravotní péče dle jeho potřeby, bez ohledu na výši prostředků do systému odvedených. Například v německém systému je ovšem zachována volitelnost veřejné pojistky, pokud občan překročí určitou příjmovou hranici a přestup do komerčního pojištění, není však umožněna zpětná migrace.

Zdravotní pojišťovny, které jsou v tomto systému klíčovým financujícím subjektem, se však ve stávajícím systému v České republice nacházejí ve značně „schizofrenní“ situaci. Stát a historický vývoj jim totiž jednoznačnou úlohu nikdy nepřisoudily. Na počátku vzniku zdravotních pojišťoven stál systém před úkolem transformovat financování zdravotní péče realizované ze státního rozpočtu na systém, který by dosavadní způsob zreformoval a zefektivnil. Vlivem poměrně negativního vnímání role státu v té době, panovalo všeobecné přesvědčení, aby stát ze své direktivní role ustoupil. Tento krok nebyl nezbytně nutným, neboť v mnohých zemích se systémem národní zdravotní služby (např. ve Velké Británii) si stát tuto roli poskytovatele zdravotní péče ponechává. Současný model v České republice je z tohoto hlediska modelem „hybridním“, kde na jedné straně

existuje Všeobecná zdravotní pojišťovna, která nese mnoho společných znaků například s fondy spravovanými Strategic health authorities ve Velké Británii (státní vlastnictví, stát se nemalou měrou podílí na financování, atd.) a na straně druhé existuje blok zdravotních pojišťoven oborových a zaměstnaneckých.

Tvůrci zákona č. 280/1992 Sb. o odborových a resortních zdravotních pojišťovnách vysvětlili vznik a existenci dalších zdravotních pojišťoven v důvodové zprávě k zákonu na základě dvou hlavních skutečností. Zaměstnanecké pojišťovny měly oproti VZP krýt svým pojištěncům kromě potřebné zdravotní péče i výkony z oblasti závodní, preventivní a specifické zdravotní péče navázané na specifická rizika vyplývající z výkonu povolání. Tento záměr, ač logický a jistě dobrý, byl potlačen opuštěním zaměstnaneckého principu v devadesátých letech (blíže viz kapitola 3.1). Dalším hlavním záměrem bylo vyšší úsilí o zajištění lepších služeb pojištěncům všech zdravotních pojišťoven, než je tomu při monopolu jediné zdravotní pojišťovny. V neposlední řadě měl mít tlak konkurenčního prostředí zpětnou vazbu na hospodárnost provozu všech zdravotních pojišťoven a z těchto hledisek měl přinést významnou úsporu<sup>6</sup>. Na základě tohoto záměru došlo při nedostatečném nastavení přerozdělování pojistného v devadesátých letech k velké motivaci pojišťoven ke cream-skimmingu, což bylo vyřešeno až v roce 2007 zavedením stoprocentního přerozdělování pojistného. Toto přerozdělování sice vyřešilo problematiku nerovnoměrnosti portfolia pojištěnců mezi pojišťovnami, avšak ve velké míře negovalo původní argument pro samotnou existenci zaměstnaneckých pojišťoven, neboť jejich motivace pro vzájemnou konkurenci se tím podstatně omezila.

Pokud se zaměříme na to, jakým způsobem může pojišťovna nahlížet na svou existenci v současném systému, lze tento pohled rozdělit na dva úhly. Pokud pojišťovna bude chápat sebe samu jakožto veřejnou instituci, jejímž úkolem je co nejlépe vynaložit finanční prostředky na zdravotní péči svých pojištěnců, pak jejím cílem bude nasmlouvat takové mechanismy plateb a interakci se zdravotnickými zařízeními, aby byl za vybraný objem finančních prostředků realizován maximální objem zdravotní péče v požadované kvalitě. Pokud však bude pojišťovna svou pozici chápat jako konkurenční vůči ostatním pojišťovnám ve smyslu ekonomické bilance, objeví se v jejím uvažování i jiné pobídky,

---

<sup>6</sup> Důvodová zpráva k zákonu č. 280/1992 Sb., [www.psp.cz](http://www.psp.cz)



protože bude existovat mnoho cest, jak zlepšit svou finanční bilanci jinak, než nasmlouváním efektivní a kvalitní zdravotní péče. Logicky pak taková pojišťovna nemůže být dostatečně motivována k zajištění kvalitní péče, neboť existují i jiné a mnohdy snazší cesty ke zlepšení ekonomické bilance. V této souvislosti můžeme jmenovat např. problematiku cream-skimmingu, cíleně neefektivní vynakládání veřejných prostředků a nároky na jejich poskytování v následujících letech, atd. Všechny tyto „alternativní“ přístupy jsou daleko snazší a výhodnější, než poskytování efektivní zdravotní péče financované z veřejného zdravotního pojištění. Z toho vyplývá i fakt, že budou-li tyto způsoby umožněny, zdravotní pojišťovny se celkem logicky budou soustředit na jejich realizaci a nikoli na efektivní vynakládání veřejných prostředků. Proto by mělo být takové jednání legislativně maximálně omezeno, čehož lze dosáhnout například důsledným oddělením nakládání se soukromými a veřejnými prostředky v systému. Z toho vyplývá i nevhodnost umožnění tvorby zisku plynoucího soukromým osobám na základě nakládání s veřejnými a ze zákona vybíranými zdroji.

V oblasti fungování zdravotních pojišťoven a jejich postavení v systému lze definovat celou řadu nedostatků, ze kterých mezi ty nejpodstatnější patří:

- nestandardní právní forma zdravotních pojišťoven, která se vymyká všem ostatním formám vypsáním v obchodním zákoníku a české právní úpravě obecně, což vede k problémům jak při vzniku pojišťovny, tak při likvidaci, ustanovování výkonných orgánů, nejednoznačnosti při definování právních vztahů vyplývajících z činnosti pojišťovny a v neposlední řadě se dotýká také účetnictví pojišťoven, které tak, díky své nejednoznačnosti, nemůže plnit svou základní úlohu, tj. podávat jasné a neskreslené informace o finančním stavu pojišťovny,
- nedostačující vymezení podmínek fungování pojišťoven, zejména pak ve vztahu ke klientům, ale i jasné nároky na finanční zdraví pojišťovny,
- neumožnění spoluúčasti na financování zdravotní péče ze strany pacientů, kteří mají sice nárok na bezplatnou standardní péči, avšak neexistuje žádný legální způsob připlácení na nadstandardní služby, což ve velké míře podporuje korupční prostředí,
- velmi omezené možnosti konkurence mezi zdravotními pojišťovnami, což v podstatě neguje původní záměr jejich existence, tato konkurence se v současnosti

omezuje pouze na nabízení produktů preventivní péče financovaných z velmi omezených prostředků čerpaných z fondů preventivní péče,

- velké procento pojištěnců, za něž hradí pojistné stát a současně nemožnost objektivního nastavení výše tohoto pojistného,
- velmi omezené možnosti vyjednávání cen a podmínek zdravotní péče mezi jejími poskytovateli a zdravotními pojišťovnami a nedostatečné prosazování principů zajišťujících efektivní alokaci prostředků v systému.

Poslední dva uvedené body bych rád porovnal právě se zdravotnickým systémem uplatňovaným v SRN a na základě tohoto srovnání zhodnotil případná možná řešení těchto problémů.

Pro financování zdravotní péče v garantovaných systémech je typický zákonem určený odvod z vykázaných příjmů a jejich distribuce třetímu subjektu – zdravotní pojišťovně. Z pohledu zabezpečení přístupu ke zdravotní péči jsou výše uvedeným způsobem zabezpečeny ekonomicky aktivní skupiny obyvatelstva. Ve společnosti však existuje stále se zvyšující podíl těch, kteří nemají žádný příjem plynoucí z pracovní činnosti a přesto je jejich účast ve zdravotnickém systému žádoucí. V České republice je plátcem zdravotního pojištění za tyto skupiny, přesně definované v zákoně o všeobecném zdravotním pojištění, stát. Tyto státní platby tak tvoří další příjmový kanál pro zdravotní pojišťovny, v tomto případě přímo ze státního rozpočtu, jejichž charakter je zcela odlišný od prve jmenovaného pojistného od ekonomicky aktivních účastníků (viz kapitola 3.3). V tomto směru je praxe v dalších evropských systémech odlišná, například v SRN jsou děti pojištěny v rámci pojistky svých rodičů, za důchodce platí polovinu jejich příspěvku penzijní fond a polovinu si platí ze svého důchodu atd. (blíže viz kapitola 2.5.3)

Lze konstatovat, že podíl plateb státu na celkově vybraném pojistném v ČR klesá (ačkoliv absolutní částka státem placeného pojistného roste), neboť valorizace částky státem odváděné není ekvivalentní nárůstu plateb od ekonomicky aktivních subjektů. Je proto otázkou, zda do budoucna bude tento způsob financování adekvátně pokrývat potřeby a zda nebude nutno přistoupit ke změně, kdy by například jako v SRN byly důchody chápány jako zdroj příjmu a děti by byly pojištěny v rámci příjmů svých rodičů. V prostředí České republiky by však tento přístup generoval významné problémy u

nízkopříjmových sociálních skupin, navíc při současné úrovni starobních důchodů není reálné podobné mechanismy implementovat, stejně jako je otázkou, zda za současné situace rodin s dětmi lze tuto skupinu ještě více zatížit.

Podstatným úkolem zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění je efektivní alokace vybraných prostředků do zdravotní péče poskytované v rámci standardu veřejného zdravotního pojištění. V České republice doposud nejsou v praxi dostatečně prosazovány principy, které by tuto efektivní alokaci zajišťovaly. V počátcích českého systému realizovaná výkonová úhrada se ukázala jako nevhodná, neboť sama o sobě nezajišťovala efektivní financování zdravotnických zařízení. Původní představa, že si zdravotní pojišťovny pouze pomocí těchto metod udrží kontrolu nad výdaji zdravotnických zařízení, se ukázala jako velmi nadsazená a muselo dojít ke značným změnám na poli vyjednávání mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními nebo například možnost využití kapitačních plateb.

V zemích západní Evropy jsou v tomto směru využívány mechanismy závazných pojistných plánů a smluv se zdravotnickými zařízeními. Princip těchto mechanismů spočívá v tom, že pojišťovna si sestavuje roční pojistný plán na základě zkušeností z minulých let a projektovaných příjmů na rok následující. Z těchto projekcí je schopna určit, jaké výše úhrad může svým smluvním partnerům – zdravotnickým zařízením poskytnout. Na základě svého pojistného plánu s nimi potom uzavírá propracované smlouvy, které jsou reálným odrazem možností pojišťovny v daném roce. Tento plán musí být minimálně sestaven jako vyrovnaný, neboť jinak nemůže být zkonstruován a schválen. Vzhledem k zákonem dané sazbě a k tomu, že pojišťovna zná portfolio svých pojištěnců, lze relativně přesně předpovědět výši příjmů v budoucím roce. Tyto prostředky jsou pak poskytnuty jednotlivým smluvním zdravotnickým zařízením v podobě úhrady uzavřených kontraktů. V této souvislosti lze pozorovat trend přesunu do ex post proplácených úhrad (platby na základě výkonu až po jeho provedení) k prospektivním alokacím, obecně kalkulovaným na historickém základu. Podstatnou výhodou takto vytvořených kontraktů je fakt, že jsou vytvořeny na základě reálného pojistného plánu a tím pádem je zde i relativní garance jejich realizace a včasných plateb zdravotnickým zařízením.

Německý systém zdravotní péče dosahuje v tomto ohledu značných úspěchů, a to zejména na poli konstrukce bodového ohodnocení realizované péče, které klade důraz na to, aby

hodnota bodu s růstem počtu realizovaných výkonů adekvátně klesala, ale i v otázkách vyjednávání mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami nebo v rámci různých metod financování (DRG – nemocnice, rozpočtování – ambulance, léky). V tomto ohledu existuje reálná možnost inspirace pro zdravotnický systém uplatňovaný v České republice.

## Závěr

Cílem této diplomové práce je zhodnocení financování českého zdravotnického systému a úlohy zdravotních pojišťoven s ohledem na fungování obdobných systémů v zahraničí a navržení možných změn za účelem jejich zefektivnění a optimalizace.

Na základě teoretických východisek zkoumané problematiky byly zvoleny tři základní přístupy k financování zdravotní péče, a to veřejné financování a veřejné poskytování zdravotnických služeb (V – V, systém národní zdravotní služby ve Velké Británii), veřejné financování a soukromé poskytování zdravotnických služeb (V – S, systém veřejného zdravotního pojištění v SRN, částečně i v ČR) a soukromé financování a soukromé poskytování zdravotnických služeb (S – S, systém tržního zdravotnictví v USA).

Z provedené analýzy těchto tří systémů vyplývá, že k řešení obdobných problémů, vyplývajících zejména ze společenského vývoje a pokroku medicíny, přistupovaly s využitím různých nástrojů a na základě vlastních filosofických přístupů a tradic. Praxe těchto systémů se postupně odklonila od přímých plateb za zdravotní péči a začala využívat nepřímých alokačních mechanismů, jako jsou zdravotní pojištění (ať již soukromé, či veřejné) nebo financování zdravotní péče z veřejných daní. Společným aspektem pro všechny systémy je centralizace zdrojů a rozložení zdravotních rizik v rámci populace. Z tohoto vyplývá i dlouhodobě rostoucí alokační úloha a odpovědnost správců těchto prostředků (zdravotních pojišťoven či orgánů veřejné správy).

Každý z porovnávaných systémů má svá pozitiva jako například:

- autonomní pozice německých zdravotních pojišťoven a jejich mechanismy vyjednávání s pluralitní strukturou zdravotnických zařízení,
- silná pozice solventního pacienta a rozvoj poptávaných léčebných metod v systému americkém,
- možnost koncepčního postavení zdravotní politiky a stanovení výdajů na centrální úrovni v britském modelu.

Na základě provedené analýzy lze shrnout, že v těchto částech zdravotnických systémů, kde je kladen největší důraz na efektivnost, existují i největší nedostatky těchto systémů, a to:

- v systému veřejného zdravotního pojištění způsobuje střet potřeby zdravotní péče a finančních možností zdravotních pojišťoven tvorbu deficitů,
- v tržním systému způsobuje střet potřeby zdravotní péče s rozpočtovým omezením jednotlivců existenci nerealizované péče,
- v případě národní zdravotní služby způsobuje střet potřeby zdravotní péče a nastavení výdajů na centrální úrovni tvorbu čekacích seznamů.

Jakkoliv jsou tyto problémy navzájem odlišné, lze tvrdit, že ke všem dochází na základě střetu existence objektivní potřeby zdravotní péče s ekonomickými limity a omezeními.

Český zdravotnický systém se v devadesátých letech vydal směrem k německému (bismarckovskému) modelu. Z pohledu struktury zdravotnických zařízení jde o systém duální, kde segment nemocniční péče doposud z větší části odpovídá modelu V – V, veřejně financované nemocnice ve veřejném vlastnictví. To do značné míry ovlivňuje zdravotní pojišťovny z hlediska ovlivňování výdajů na úrovni ministerstva zdravotnictví resp. státu. Systém ambulantní péče odpovídá spíše modelu V – S, tedy veřejně financovaným zdravotnickým zařízením, které jsou v soukromém vlastnictví. Nedořešené financování pluralitní struktury zdravotnických zařízení je jedním z hlavních zdrojů problémů v systému. Neefektivnost se v souladu se závěry předchozí analýzy projevuje zejména v podobě opakovaných deficitů hrazených formou selektivního oddlužování. Dalším specifikem systému a zdrojem disparit v systému zdravotního pojištění je velké množství pojištěnců, za něž hradí pojistné stát. Podíl soukromých zdrojů je v ČR v mezinárodním srovnání velmi nízký.

Na kvalitativní úrovni však české zdravotnictví nesporně rozvíjí tradici kvalitní a dostupné zdravotní péče včetně využívání moderních léčebných metod. Lze tedy shrnout, že jeho hlavní problémy tkví v ekonomické oblasti systémového nastavení financování zdravotní péče. Hlavní z těchto problémů jsou popsány ve třetí kapitole, včetně možných přístupů k jejich řešení v budoucnu.

Pozice zdravotních pojišťoven v systému je na základě platných právních úprav dosti nevyrovnaná. Na jedné straně zůstává největším hráčem v rámci zdravotního pojištění Všeobecná zdravotní pojišťovna, provozovaná státem na základě vlastní právní úpravy, a která sdružuje více než 60 procent všech pojištěnců v ČR. Na straně druhé stojí v současnosti 9 zaměstnaneckých a odborových pojišťoven, které fungují na základě odlišné právní úpravy a podíl pojištěnců ani jedné z nich nepřesahuje 10 %. Tyto zaměstnanecké pojišťovny měly být také cílem privatizace, tak jak byla navrhována ve věcném záměru zákona o zdravotních pojišťovnách, a kterou lze, na základě závěrů uvedených v této práci, označit za ne příliš vhodnou.

Obdobně rozporuplně působí i samotná existence zaměstnaneckých pojišťoven v České republice, které byly zřízeny zejména za účelem podpory specifické péče vyplývající z výkonu určitých typů povolání (zaměstnanecký princip) a dosažení větší efektivnosti při nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění na základě konkurenčního prostředí mezi pojišťovnami. Jak je podrobněji popsáno ve čtvrté kapitole, ani jeden z těchto cílů není (a ani nemůže být) v současné době v dostatečné míře splňován a zdravotní pojišťovny se uplatňují pouze v úloze přerozdělování prostředků vybíraných od občanů a užívaných ke krytí zdravotní péče, v menší míře pak jako orgán kontroly zdravotní péče poskytované pojištěncům.

Jedna z velmi podstatných úloh zdravotních pojišťoven v systému veřejného zdravotního pojištění při existenci pluralitního prostředí poskytovatelů zdravotní péče, kterou je zajišťování efektivní alokace prostředků plynoucích do systému, je sice do určité míry ošetřena zákonem, avšak praktické možnosti pojišťoven ovlivňovat cenu či objem poskytované zdravotní péče jsou velmi malé.

Na základě zhodnocení všech informací a závěrů z nich vyplývajících a uvedených v této diplomové práci lze konstatovat, že financování systému zdravotní péče v České republice se potýká s celou řadou problémů z větší míry souvisejících s nejednoznačným koncepčním a ideovým pojetím celého systému. Jakákoliv budoucí reforma tohoto systému musí být především v souladu s očekáváními české společnosti a jejími ekonomickými možnostmi. Stejně tak funkce a postavení zdravotních pojišťoven v systému veřejného zdravotního pojištění ČR jsou nedostatečně upraveny, z čehož vyplývá celá řada dílčích problémů a nejasností, které je třeba v budoucnosti řešit.

Díky obsáhlosti otázky financování zdravotní péče a její provázanosti s mnoha dalšími obory lidské činnosti, je tato práce pouze skromným přínosem k popsání této problematiky. V průběhu vzniku této práce se vyskytlo velké množství otázek, z nichž mnohé by si zasloužili podrobnější analýzu. Za všechny lze uvést například problematiku spoluúčasti pacientů, ocenění ekonomických přínosů plynoucích z preventivní péče, porovnání různých metod nákupu zdravotní péče, či důkladnou analýzu kladů a záporů konkurenčního prostředí mezi zdravotními pojišťovnami. Všechny tyto oblasti nemohly být v rámci této práce dostatečně prozkoumány a měly by se stát předmětem podrobnějšího výzkumu.



## Seznam použité literatury

### Citace:

- [1] BUSSE R, RIESBERG A. *Health care systems in transition: Germany*: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. 137 s. ISBN 1020 9077
- [2] CULYER, A.J, MAYNARD, A. WILLIAMS, A. Alternative system of health care provision: an essay on motes and beams“. In: *New Approach to Economics of Health Care*. London: Martin Robertson, 1981. 502 pgs. ISBN 978-0844722139
- [3] CULYER, A.J., MAYNARD, A. *Being reasonable about the economics of health*, Cheltenham: Edward Edgar Publishing, 1997. 371 pgs. ISBN 1858986486
- [4] DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The US health system: an assessment and prospective direction for reform*. Paris: OECD, 2004
- [5] DONABEDIAN, A. *Social responsibility for personal health service*. New York: Inquiry, 1971. 176 pgs. ISBN 1-84376-508-979
- [6] DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha, 2005. ISBN 80-7262-340-0.
- [7] GOULLI, R., MERTL, J., PASOVSKA, L., VESELA, M. *Konkurence za veřejné peníze?* Praha: Eurolex Bohemia, 2006. 164 s. ISBN 80-86861-62-7
- [8] KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2005. 503 s., ISBN 80-7357-276-1
- [9] KŘÍŽOVÁ, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. 142 s. ISBN 80-86429-57-1
- [10] KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, Praha: 3. Lékařská fakulta, 1998. ISBN 80-238-0937-7
- [11] SALTMAN, R. B., FIGUERAS, J. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998. 425 pgs. ISBN 0335 19970 4
- [12] GOULLI,R.: Zdravotnictví a veřejná ekonomie. Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky, *IZPE 1/2002*, s. 103, ISSN 1213-8093.

- [13] JAROŠ, J KALINA, K. Rozměry privatizace ve zdravotnictví: poskytování, financování, vlastnictví. *Zdravotnictví v České republice*, Praha, 2005, roč. 8, č. 4., s. 148-155. ISSN 1213-6050.
- [14] *About the NHS*, [online]. 2009 [cit. 22. 4. 2009], Dostupný z WWW <<http://www.nhs.uk/England/AboutTheNhs/Default.cmsx#StBOP>>,
- [15] ANTOŠOVÁ, L. *Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050*, [online]. 2005 [cit. 20. 4. 2009]. Dostupný z WWW: <[http://www.zdravotnireforma.cz/content/files/cz/Reforma/1\\_Publikace/Elpida\\_2005.pdf](http://www.zdravotnireforma.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/Elpida_2005.pdf)>
- [16] BURMAN, L. *The President's Proposed Standard Deduction for Health Insurance: An Evaluation*, [online]. 2005 [cit. 26. 4. 2009]. Dostupný z WWW: <[http://www.taxpolicycenter.org/UploadedPDF/411423\\_Presidents\\_Standard\\_Deduction.pdf](http://www.taxpolicycenter.org/UploadedPDF/411423_Presidents_Standard_Deduction.pdf)>
- [17] *Důvodová zpráva k zákonu č. 280/1992 Sb.*, [online]. 1992 [cit. 20. 4. 2009]. Dostupný z WWW <<http://www.psp.cz>>
- [18] *Health Systems in Transition: Great Britain. European Observatory on Health Care Systems*, [online]. 1999 [cit. 12. 4. 2009]. Dostupný z WWW: <<http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf>>
- [19] *History of the NHS*, [online]. 2009 [cit. 22. 4. 2009], Dostupný z WWW: <<http://www.nhshistory.net/introduction.htm>>
- [20] *Kaiser Family Foundation State Health Facts Web Site*, [online]. [cit. 12. 4. 2009]. Dostupný z WWW: <<http://www.statehealthfacts.org>>
- [21] PROKEŠ, M. *Generická substituce léků v Evropě*, [online]. 2007 [cit. 12. 4. 2009], Dostupný z WWW: <[http://www.pace.cz/go/archiv\\_p0701\\_1](http://www.pace.cz/go/archiv_p0701_1)>
- [22] *Statistical annual report*, [online]. 2009 [cit. 22. 4. 2009], Dostupný z WWW: <[http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/AnnualReports/AnnualReportsBrowsableDocument/fs/en?CONTENT\\_ID=4097947&MULTIPAGE\\_ID=4932467&chk=S0XkDw](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/AnnualReports/AnnualReportsBrowsableDocument/fs/en?CONTENT_ID=4097947&MULTIPAGE_ID=4932467&chk=S0XkDw)>, [cit. 22. 4. 2009].
- [23] *The President's Framework to Strengthen Medicare, White House news release*, [online]. 2001 [cit. 10. 11. 2008]. Dostupný z WWW: <<http://www.whitehouse.gov>>
- [24] ÚZIS - *Zdravotnictví ČR 2006 ve statistických údajích* [online]. [cit. 17. 4. 2009]. Dostupný z WWW: <[http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=3041](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=3041)>

[25] *Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových a dalších zdravotních pojišťovnách*, [online]. 1992 [cit. 3. 5. 2009]. Dostupný z WWW: <[http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1992/280992/Sb\\_280992\\_-----\\_.php](http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1992/280992/Sb_280992_-----_.php)>

## Bibliografie

- [26] DUCHÁČKOVÁ, E. *Principy pojištění a pojišťovnictví*. 2. vyd. Praha, 2005. ISBN 80-86119-92-0
- [27] FELDSTEIN, P. J.: *Health Care Economic*. 6th ed., New York: Thomson Delmar leasing, 2005, ISBN 1-4018-5979-8.
- [28] Gladkij, Ivan a kolektiv *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- [29] GLASER, W. A., *Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefits, and Problems*, Oxford: Jossey-Bass Publishers, 1991. ISBN 1-55542-373-6
- [30] VOSTATEK, J. *Sociální a soukromé pojištění*, 1. vyd. Praha, 1995. ISBN 80-85963-21-3
- [31] *Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových a dalších zdravotních pojišťovnách*, Praha: Sagit, 2008.
- [32] *Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky*, Praha: Sagit, 2008.
- [33] *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění* [online]. [cit. 5. 5. 2009]. Dostupný z WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>>
- [34] *Zákon o veřejném zdravotním pojištění* [online]. [cit. 10. 4. 2009]. Dostupný z WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>>